

# ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben. Folytatták: Antal Géza és Högyes Endre.

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

LENHOSSEK MIHÁLY EGYET. TANÁR ÉS SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. TANÁR,  
FŐSZERKESZTŐ. SZERKESZTŐ.

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében 4 szám. GYNAEKOLOGIA Tóth István és Temesváry Rezső szerkesztésében 4 szám. ELME- ÉS IDEGKÓRTAN Babarcsi Schwartz Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3—4 szám. — Egyéb tudományos mellékletek.

## TARTALOM:

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Liebermann Leó: Közlemény a budapesti kir. magy. tud. egyetem közegészség-tani intézetéből. A haemagglutinatorról és a haematolysissről. 555. lap.

Baumgarten Egmont: Leiomyo-adenoma a nyelv gyökén. 558. lap.

Winternitz M. Arnold és Paunz Márk: Közlemény a budapesti „Stefánia” szegénygyermek-kórházról. Igazgató: Bókay János dr., egyetemi ny. r. tanár. Az oesophagoskopiáról. 559. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. B. Nocht: Vorlesungen für Schiffsärzte der Handelsmarine über Schiffshygiene, Schiffs- und Tropenkrankheiten. — M. Kahane és F. Pietschmann: Die gebräuchlichsten neueren Arzneimitteln. — Lap-szemle. Gyógyszertan. Hildebrandt: Tannothymal. — Bickel: Escalin. — Bel-orvostan. A. R. Parsons: A diabetes mellitus gyógyszeres kezelése. — Blumberg: Új diagnostikai jel appendicitisben. — Babes és Vasiliu: Szer a pellagra gyógyí-

tására. — Sebész. Moschowitz: Adatok az appendicitis kérdéséhez. — Kurzweil: A medullaris érzéstelenítés. — Finsterer: A nő emlő sarkomája. — Orthopaedia. Bayer O.: A nagy trochanter lépcsőszerű osteotómiaja. — Kölliker: A vállizület merevségének gyógykezelése. — Húgyszervi betegségek. T. Baer: A pancystoskop. — G. Haedicke: Uropural a húgyutak lobja ellen. — E. D. Haenus: A húgyeső prostatarészében beékelte ureterkő. — Venerés bántalmak. Kanitz: A mangel használata a syphilisben. — O. Rosenthal: A syphilisnek arsenkezelése. — Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Sabouraud: Szer pruritus analis ellen. — Sabouraud: Szer ismétlődő furunculosis ellen. — Thompson: A vörhenyes veselő megelőzése. — Ingiani: Zárt csontgümőkör gyógyítása. — Meissner: Szer stomatitis mercurialis ellen. 561—565. lap.

Magyar orvosi irodalom. Klinikai füzetek. — Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi újság. 565. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok — Hirdetések. 565. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 566—570. lap.

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetem közegészség-tani intézetéből.

#### A haemagglutinatorról és a haematolysissről.

Írta: Liebermann Leó dr. egyet. tanár.

A haemagglutinationál és haematolysissnél jelentkező bensőbb folyamatokat eddigelé kevéssé tanulmányozták. Az egyes megfigyelések és gyanítások egész, alig áttekinthető tömege — úgy látszik — nem tudott közelebbi betekintést nyújtani a folyamatok mechanizmusába, annival kevésbé, mivel többnyire egyik-másik hypothesis szolgáltatásban állottak.

Tulajdonképeni vegyi vizsgálatokkal ritkábban találkozunk, ellenben újabban annál több olyan vizsgálattal, a mely arra irányul, hogy az agglutinatio jelenségét physikai úton azon nézetekkel magyarázza meg, a melyeket a colloidok természetére és elektromos töltésére nézve felvettek.

A nélkül, hogy félreismernők az ilyen irányban végzett vizsgálatok fontosságát, mégis — úgy hiszem — mondhatjuk, hogy legelső sorban azt kell vizsgálni, vajjon a nevezett folyamatok alapját egyszerű kémiai reakciók képezik-e, annival is inkább, minthogy a physikai methodusokkal nyert eredmények sokféleképen magyarázhatók s elméleti alapjuk távolról sincs még biztosan lerakva.<sup>1</sup>

Szükségesnek tartottam előbb az aránylag egyszerűbb, kémiai vizsgálattal könnyebben felderíthető reakciók tanulmányozását, s

<sup>1</sup> L. B. H. Buxton és Philip Shaffer, Buxton és Oscar Teague, különösen pedig az utóbbi és Buxton újabb közleményeit a colloidok elektromos töltéséről. (Zeitschrift für physikal. Chemie, LVII. k., 1. f.). Jellemező a következő passzus az utóbb említett dolgozat végéből:

„Die Ursachen der Ausflockungserscheinungen sind noch keineswegs ergründet. Ausser der Neutralisation von Ladungen, welche nur eine untergeordnete Rolle spielen mag, sind andere mögliche Factoren vorhanden, wie Adsorption und chemische Verbindung, und wir haben noch keine Anhaltspunkte dafür, wie weit derartige Umstände in Frage kommen.

csak az így nyert tapasztalatok felhasználásával a belebocsátkozást az agglutináló és haemolytikus savók vizsgálatába. Úgy hiszem, hogy nem tévedtem a követendő út megválasztásában, s hogy ezúttal csakugyan néhány támpontot nyertem, a mely az ilyen kérdések megközelítését jobban megengedi.

E helyen csak röviden összefoglalom kísérleteim eredményeit s fenntartom azoknak más helyen való bővebb és kimerítőbb tárgyalását.

Kísérleteimet ricin-nel kezdtem, a melyről ki tudtam mutatni, hogy savtermészetű test, vagy hogy mint agglutináló alkotórészt egy savat tartalmaz. Be lehetett bizonyítani, hogy a ricinagglutinatio mechanizmusa abban áll, hogy a ricin elbontja a már F. Hoppe-Seyler-től alapos okokból vitatott stroma-haemoglobin-vegyületet (az arterint, phlebit), miközben a stromával egyesül (e vegyületből sósavval ismét szabaddá tehető) s a haemoglobint szabaddá teszi, a mely azonban az összeálló alvadékba zárva, abból csak lassan tud a környező folyadékba kifundálni. Ezen agglutinatio kísérletében keletkeznek tehát a haematolysis jelenségei.

Kísérleteket végeztem colloidalis kovasavval is, melynek vörsejt-agglutináló képességére tudvalevőleg Landsteiner és Jagic figyelmeztetett, s ezek az itt támadó kémiai reactionra nézve ugyanazt az eredményt adták: a kovasav egyesül a stromával és consecutive keletkeznek a haematolysis jelenségei.

Más, ú. n. neutrális guajaksaponin-nal (oly készítménnyel, melyet R. Kobert laboratóriumában tanítványa Friboes behatóan tanulmányozott) végzett kísérletek — melyeknél Liebermann Pál segédkezett — azt az eredményt adták, hogy a neutrális guajaksaponin a kimosott vörsejtekre erősen haematolytikus hatású, a nélkül, hogy a haematolysist észrevehető agglutinatio előzné meg.

Ezen reakciót is közelebbről megvizsgálva azt találtuk, hogy a nevezett saponin, épen úgy mint a ricin és kovasav, a vörsejtek stromájával egyesül, hogy tehát a reactio mechanizmusa ugyanaz.

A guajaksaponin tehát azon haematolysinek képviselője, a melyek előzetes agglutinatio nélkül idéznek elő haematolysist, s a többiek közül csak annyiban különböznek, hogy a stroma-haemoglobin-vegyület (arterin, phlebin) elbomlásakor keletkező stromalysin-vegyület (ez esetben stroma-saponin) más physikai saját-



ságokat mutat, különösen nem alkot összeálló, sőt tapadós alvadékokat, mint az agglutinin.

Ez érthető is, mert hiszen az újonnan keletkezett stroma-vegyületek, jóllehet egyéb komponensük közös, különbözök, épen úgy mint pl. a szénsavas baryum és a szénsavas natrium.

Az előbb említett kísérletek további eredményeként különösen a ricin-kísérleteknél kitűnt, hogy igen lényeges befolyású a kísérlethez használt vörsejt-emulsió kémhatása, a mennyiben a lúgos kémhatás fokozása inkább az agglutinációt, csökkentése inkább a haematolytikus jelenségek keletkezését segíti elő és hogy a vérsavó védő sajátságokkal bír. Mindezen dolgoknak alább fogjuk hasznát venni.

Az agglutinationnak nevezett tünetny tárgyalását részletes közleményemnek tartom fenn, épen úgy a destillált víz hatásmódjának ismertetését. Itt csak annyit kívánok megjegyezni, hogy véleményem szerint az agglutinatio és a praecipitatio csak abban különbözik, hogy az előbbi teljesen vagy legalább részben meglevő sejtszerű alakelemek jelenlétéhez van kötve, s hogy a destillált víz haematolytikus hatása komplikált folyamat, melynél osmotikus folyamatok és az arterin hydrolysis játszának szerepet.

Áttérve a haematolytikus „immunserumok” hatására, előrebocsátjuk, hogy a kísérletek házinyulak serumára szorítkoztak, a melyeket (kimosott) sertésvérsejtek ellen az illető vérsejtek physiologiai NaCl-os, rendszerint 5%-os emulsiójának bőr alá fecskendezésével immunizáltunk. Vegyük tehát az eredményeket csak ezen feltételekre nézve érvényesnek. Elvi jelentőségük ezzel nem veszt; mert ha a későbbi kísérletek egyéb vérmekkel és más állatokkal nem is adnák ugyanazon pozitív eredményeket, csak az a kérdés merülhetne fel, hogy miért nem történt az? És ez azon részletek megállapítására vezetne, melyek a vérsejtek, illetőleg savók különféleségének chemiai feltételeire vonatkoznak.

Az említett kísérletek (részben Liebermann Pál és Fenyvessy Béla közreműködésével) lényegükben a következőket mutatták:

1. A haematolytikus immunserum egy agglutinin-t tartalmaz. Már régóta ismeretes, hogy ilyen serumok 56°-nál inaktiválva vérsejteket agglutinálnak, ha nem is olyan feltűnő módon, mint pl. a ricin, de mégis megismerhetőleg azon üledék minőségéről, a melyet akkor nyerünk, ha az inaktivált immunserummal kezelt vérsejtemulsiót a thermostatban való állás után kicentrifugáljuk.

2. Ezen agglutinatio kísérletében is, jóllehet gyengén, jelentkeznek a haematolysis jelenségei.

3. Be lehet bizonyítani, hogy ezen agglutinatio mechanizmusa a ricin illetőleg a kovasav hatásához hasonló. Az agglutinin-nak egy vegyülete keletkezett, a mely sósavval ismét elbontható, úgy hogy az agglutinin ismét hatásképes lesz. Az így újra nyert agglutinin, vagy helyesebben agglutinin-tartalmú folyadék illetőleg oldat (pontosan közömbösítve) bizonyos kezelés után, melynek részletei annak idején közölni fognak, normalserummal összehozva ismét haematolytikus hatású folyadékot ad.

4. Megállapítottuk azt is, hogy a haematolytikus savók alkalicitásának foka lényeges befolyással bír azok hatásképeségére, elannyira, hogy sikerül a haematolytikus savót bizonyos mennyiségű alkali hozzáadásával épen úgy inaktiválni, mint a hogy ez az 56°-ra való hevítéskor történik. Az így inaktivált serum az elhasznált alkali pontos közömbösítésével újra reaktiválható.

5. Úgy a haematolytikus immunserum, mint a normalserum inaktiválásánál 56°-ra való félórás hevítés által a serumok valódi alkalicitása, tehát hydroxyl-ionjaik concentratioja jelentékenyen fokozódik. A hydroxyl ion-concentratio az eredetinek kétszeresére, sőt sőt még magasabbra nőhet.

Ezt kétségtelenné tették úgy saját méréseink, mint olyanok is, melyeket felkérésünkre Tangl tanár volt szíves végezni.

Például szolgáljon a következő kísérleti sorozat:

	OH-ionok concentratioja gramm- egyenértékben literenként
Lapin-immunserum I. ....	10.10-7
Ugyanaz 56°-nál inaktiválva ....	26.10-7
Normális lóvérsavó ....	43.10-7
Ugyanaz 56°-nál inaktiválva ....	92.10-7

A titrálható alkalitartalom azonban változatlan marad.

Ezek után valószínűnek látszott, hogy az 56°-ra való hevítés is csak azért hat inaktiválólag, mert az alkalicitás fokozódik; mert hiszen kimutattuk (l. a 4. pontot), hogy alkali hozzáadásával activ immunserumhoz ugyanaz érhető el. A kérdés közelebbi vizsgálata azonban azt mutatta, hogy nem így áll a dolog, mert ezen két esetben a hydroxyl-ionok concentratiojának igen különböző értékéről van szó.

Míg ugyanis a hevítéskor a OH'-concentratio körülbelül kétszeresére vagy 2<sup>1/2</sup>-szeresére emelkedik, addig teljes inaktiválás alkali hozzáadása által csak akkor érhető el, ha a OH-ionok concentratioja körülbelül 19 szeresét éri el a felhevített serum OH-ion concentratiojának.

Ezzel egybehangzólag megállapítottuk, hogy a haematolytikus képesség helyreállítására a fent említett különböző módokon inaktivált serumokban igen különböző savmennyiségek szükségesek, tudniillik sokkal nagyobb mennyiség a hő által inaktivált savónál, úgy hogy annak már amphoter kémhatásának kellett lennie, hogy az eredetihez hasonló haematolytikus hatást mutasson.

6. Minthogy tehát az immunserumok agglutininje egymagában véve (az inaktivált serumban) csak csekély, az activ serumokéval össze sem hasonlítható haematolytikus hatással bír; minthogy másrészt kitűnt az is, hogy a hevítéssel inaktivált savót a OH-ionok concentratiojának eredeti nagyságára való csökkentésével nem lehet újra activvá tenni: világos dolog volt, hogy, a mint a ma általánosan érvényben levő nézetek vallják, az immunserumok aktivitását csakugyan legalább két anyag okozza, a melyek közül az egyik csak az immunserumban, a másik a normalsavóban is előfordul. Világos tehát az is, hogy a haematolytikus immunserumoknál a haematolytikus hatásnak egy harmadik módjával van dolgunk, a mely különbözik egyfelől az agglutinatio kísérletében, másfelől az agglutinatio nélkül (mint a saponinnál) keletkező haematolytikus hatástól.

A további kísérleteknek célja már most a haematolysisnél együtműködő két test elválasztása volt, tehát az ú. n. immuntest és a complementum izolálása. E kísérletek ugyan még távolról sem befejezettek, de mégis már olyan eredményekre vezettek, melyeknek közlése jogosultnak látszik.

Azt találtam első sorban, hogy ha sertésvérsejteket 56°-nál inaktivált lapin-immunserummal agglutinálunk, az agglutinált és kicentrifugált üledéket phys. NaCl-oldattal alaposan kimossuk és szét-rázzuk és (phys. NaCl-oldattal készült!)  $\frac{n}{100}$  sósavval elbontjuk,

ily módon a vérsejtekből egy test vonható ki, a mely normális sertés-  
vérsavóhoz hozzátéve azt eredményezi, hogy ez már most sertés-  
vérsejteket old. A thermostabilis immuntest tehát az őt tartalmazó s  
valószínűleg általa agglutinált vérsejtekből elvonható volt. Ezen  
test valószínűleg savtermészetű.

A complementumok után való kutatáskor kitűnt, hogy a vérsavókban normális viszonyok között és relative jelentékeny mennyiségben előforduló szappanok ilyen complementumok szerepét játszhatják. Az alkaliszappanok, mint ez már különben régóta ismert, exquisit haematolysinek. Ha pl. sapo medicinalist physiol. NaCl-oldatban 1:1000 arányban oldunk, akkor már 0.25 cm<sup>3</sup> és még kevesebb elegendő 2 cm<sup>3</sup> 5%-os sertésvérsejt-emulsió (kimosott vérsejtekből készítve!) 37°-nál néhány perc alatt való teljes feloldására.

Különösképen tudtom szerint még sohasem vetették fel azt a kérdést, vajjon mikép lehetséges, hogy ezek a heves vérmérgek, a melyek a normális vérnek is alkotórészei, a szappanok, a vérben nem fejtenek ki hasonló hatást?

Arra nem lehet gondolni, hogy mennyiségük itt túlkicsiny volna, mert már öt ezred százalék tartalomnál is erősen hatnak, holott a vér sokkal többet, Kobert egy adata szerint 0.12%-nyi szappant tartalmaz.

Csakugyan úgy áll a dolog, hogy a vérplasma oly alkotórészeket tartalmaz, a melyek a vérsejteket a szappanok behatása elől megvédik és pedig valószínűleg oly módon, hogy velük hatástalan vegyületté egyesülnek. Ilyen alkotórész a serumalbumin.

Példaképen közlöm kísérleti sorozataim közül a következőt, a melyhez serumalbuminnak physiol. NaCl-val készült, átszűrt,



concentrált oldatát, sapo medicinalisnak ugyancsak NaCl-s oldatát és 5% os (kimosott véresejtekből phys. NaCl-val készült) sertés-

1. 0.25 cm<sup>3</sup> szappanoldat + 2 cm<sup>3</sup> serumalb.-oldat + 2 cm<sup>3</sup> véresejtemulsio + 1.1 cm<sup>3</sup> phys. NaCl.<sup>1</sup>  
 2. 0.25 " " + 0 " " + 2 " " + 3.1 " " "

<sup>3</sup>/<sub>4</sub> órai állás után 37°-os thermostatban 1. a haematolysisnek nyomait sem mutatja, míg 2. teljesen feloldódott, tökéletesen „lakkszínűvé” lett. — Ha vérsavóhoz adunk szappanoldatot, az utóbbi ugyancsak hatástalan lesz.

1. 0.1 cm<sup>3</sup> szappanoldat + 0.5 cm<sup>3</sup> 1% os CaCl<sub>2</sub>-oldat (phys. NaCl-oldatban) + 2 cm<sup>3</sup> véresejtemulsio  
 2. 0.1 " " + " " + 2 " " "

<sup>1</sup>/<sub>2</sub> órai állás után a thermostatban 1. a haematolysisnek nyomát sem mutatja, 2. teljesen feloldódott, lakkszínű. — *Egészen úgy mint a szappanoldatokat, az activ haematolytikus házinyúl-immunserumot valamint a normalsavót is inaktiválják a mérszók.*

1. 1 cm<sup>3</sup> savó + 1 cm<sup>3</sup> CaCl<sub>2</sub> + 2 cm<sup>3</sup> sertésvéresejtemulsio + 1 cm<sup>3</sup> phys. NaCl-oldat  
 2. 1 " " + 2 " " + 2 " " " "  
 3. 1 " " + " " + 2 " " "

<sup>1</sup>/<sub>2</sub> órai állás után a thermostatban 1. a haematolysis nyomait, 2. annak semmi nyomát sem mutatja, 3. teljesen oldódott, lakkszínű.

Ha tehát felveszszük, hogy a savókban foglalt szappanok játszsák a complementumok szerepét, helyesebben mondva, hogy tulajdonképpen ezek fejtik ki a haematolytikus hatást, akkor fel kell vennünk azt is, hogy szükségük van egy anyagra, a mely őket activálja, illetőleg inactiv vegyületeikből, pl. a serumalbuminnal való összeköttetéseikből szabaddá teszi és ez az anyag volna azután az immuntest.

Mintán konstataáltam, hogy activ haematolytikus immunserum alkali hozzáadása által inaktiválható, továbbá, hogy sertésvéresejtekből, melyeket 56°-nál inaktivált immunserum által agglutináltunk, sósavval való kezelés útján egy folyadék nyerhető, a mely sertésvérsavóhoz téve, annak a sertésvéresejtekkel szemben haematolytikus tulajdonságokat kölcsönöz: feltehető volt, a mint már előbb is említettem, hogy az immuntest savtermészetű test. Ennek a savnak kell olyan tulajdonsággal birni, hogy a serumban foglalt inactiv szappanvegyületet activálja.

Mint hogy eddig még nem sikerült ezen sav természetét megállapítanom, meg kellett elégednem egyelőre annak a bizonyításával, hogy az ilyen feltervés az immuntest és a complementumok lényegét illetően egyáltalán lehetséges; ezen célból a haematolytikus serumoknál mutatkozó tünetmennyiséket önkényesen választott anyagokkal és pedig olajsavval és szappannal mesterségesen utánoztam.

Kísérleteket végeztem 5% os sertésvéresejtemulsioval (a melyet kimosott véresejtekből úgy állítottam elő, hogy phys. NaCl-val

véresejtemulsiót használtam. Az egyes oldatok hozzátétele a lenti sorrendben történt.

A serumalbuminhoz hasonlóan hatnak a mérszók, a melyek épen úgy normális alkotórészei a serumnak s csekélyebb mértékben a magnesiumsók is. Pl.

A következő kísérlethez egyenlő mennyiségű activ házinyúl-immunserumból és normális sertésvérsavóból készült keveréket s mint fentebb, CaCl<sub>2</sub> phys. NaCl-ban készült 1% os oldatát használtam.

készült emulsio oly mennyiségű véresejtet tartalmazott, mintha 5 rész vérből és 95 rész. phys. NaCl-oldatból készült volna), továbbá sapo medicinalis physiol. NaCl-s oldatával (1:1000) és olajsavnak suspensiójával, a melyet néhány cseppnek phys. NaCl-oldattal való összerázása és leszűrése útján nyertem (a mi gyengén opaleskáló folyadékot adott), s a következőket találtam:

Serumalbumin tömény (phys. NaCl-os) oldata — mint már közöltem — megszünteti megfelelő mennyiségű szappan haematolytikus hatását.<sup>2</sup> Ha azonban a szappan- és serumalbuminoldat keverékéhez olajsavat adunk, de csak oly mennyiségben, a mely egymagában véve még nem okoz haematolysist, ismét jelentkezik a haematolysis.

A szappanalbuminkeverék activálására épen szükséges olajsavmennyiség (nagyobb mennyiségben használva, már magában véve is haematolytikus hatású) a véresejteket csak agglutinálja (agglutinált centrifugálási üledék), épen úgy, mint azt az inaktivált haematolytikus immunserum egymagában teszi.

Ha már most ilyen szappan- és serumalbuminoldatnak olajsav hozzáadásával activált keverékét 56°-ra melegítjük egy fél óráig (még biztosabban járunk el, ha 60°-ra melegítjük és az olajsavemulsióból a legközelebbi kísérletben használt mennyiség kétszeresét használjuk), akkor az tökéletesen inaktiválódik, épen úgy, mint az immunserum. Csak az agglutináló képesség marad meg.

Ha ezen 56°-nál inaktivált keverékhez ismét kevés szappanoldatot teszünk, akkor az reactiválódik.

A mondottak a következő sorozatos kísérletekből tűnnek ki:

- |   |  |
|---|--|
| 1. 1 cm <sup>3</sup> szappanoldat +                     | 3.1 cm <sup>3</sup> phys. NaCl + 2 cm <sup>3</sup> sertésvéresejtemulsio |
| 2. 1 " " + 2 cm <sup>3</sup> serum alb.-oldat +         | 1.1 " " " + 2 " " "  |
| 3. 1 " " + 2 " " " + 0.1 cm <sup>3</sup> olajsavemulsio | 1.0 " " " + 2 " " "  |
| 4. 1 " " + 2 " " " + 0.1 " " "                          | 1.0 " " " + 2 " " "  |
| 5. 1 " " + 2 " " " + 0.1 " " "                          | 1 " " szappanoldat + 2 " " "   |
| 6. " " " + 0.1 " " "                                    | 2.0 " phys. NaCl + 2 " " "   |
| 7. " " " + 0.1 " " "                                    | 4.0 " " " + 2 " " "  |

Az egyes oldatokat a fent adott sorrendben tettük egymáshoz. Első sorban összerázás után szobahőmérséken figyeltem meg.

Már egész rövid idei állás után 1. teljesen haematolyzálva volt, utána 5. (a reactivált keverék) és a 3. A többi próbában még nem volt a haematolysis észrevehető. Már most 37° os thermostatba tettem őket, <sup>3</sup>/<sub>4</sub> óra múlva kivettem és centrifugáltam:

2. gyenge haematolysis;  
 4. haematolysisnek semmi nyoma, a kicentrifugált üledék erősen agglutinált;  
 6. }  
 7. } ugyanolyan mint 4.

Álljon itt még egy másik, teljesebb kísérlet:

- |   |  |
|---|--|
| 1. 1 cm <sup>3</sup> szappanoldat                     |  |
| 2. 1 " " + 2 cm <sup>3</sup> serum alb.-oldat         |  |
| 3. 1 " " + 2 " " " + 2 cm <sup>3</sup> olajsavemulsio |  |
| 4. 1 " " + 2 " " " + 2 " " "                          |  |
| 5. 1 " " + 2 " " " + 2 " " "                          |  |
| 6. 1 " " + 2 " " " + 2 " " "                          |  |
| 7. 1 " " + 2 " " " + 2 " " "                          |  |
| 8. " " " + 0.2 cm <sup>3</sup> olajsavemulsio         |  |

4., 5., 6. és 7 et <sup>1</sup>/<sub>2</sub> óráig pontosan 60°-on tartottuk (bele nem érte azt az időt, a mely alatt a folyadékok ezt a hőmérsékletet elérték). Szobahőmérsékre való lehűtés után az 5.-höz és 7.-hez oly keverékeket adtunk reactiválás céljából, a melyek 2 cm<sup>3</sup> serumalbuminoldatból és 1 cm<sup>3</sup> szappanoldatból készültek, majd phys. NaCl-oldattal egészítettük ki őket és valamennyi próbához 2 cm<sup>3</sup> 5% os sertésvéresejtemulsiót tettünk, majd thermostatba (37° os) állítottuk. Az eredmény következő volt:

1. már 5 perc múlva teljesen haematolyzálva, a többi változatlan volt.  
<sup>1</sup>/<sub>2</sub>—<sup>3</sup>/<sub>4</sub> órai állás után kicentrifugálva:  
 2. gyenge haematolysis;  
 3. és 5. csaknem teljesen haematolyzálva;

<sup>1</sup> A phys. NaCl-val való kiegészítés azért történt ezen mennyiségekkel, mert azon hosszabb kísérleti sorozat, a melyből ezt a kísérletet kivettem, épen ilyen mennyiségeket követelt meg.

<sup>2</sup> Csak hosszabb idei állás után mutatkozik ismét haematolysis, nyilván a miatt, mert a fehérjesszappanvegyület idővel ismét elhomlik.



4. }  
6. } semmi haematolysis;  
8. }

7. erősen, de még nem teljesen haematolyálva.

Felrázás után valamennyi próbát szobahőmérséken 12 óráig hagytuk állani:

1., 3., 5. teljes haematolysis;  
2. és 7. körülbelül ugyanolyan, még sok fel nem oldott véresejtet tartalmaz;

4., 6. és 8. semmi haematolysis, a lecentrifugált folyadék csaknem színtelen; legkevésbé színes a 8.

(Ilyen hosszú ideig való állás után a véresejtrétegnek a felette levő folyadékréteggel való érintkezési helyén végül mindenütt látunk vörösen színezett keskeny gyűrűket, a melyeknek azonban semmi közük sincs ezen reactiohoz.)

Ezen kísérlet tehát kétségtelenül bizonyítja:

1-szor, hogy a serumalbumin a szappan hatását, ha nem is szünteti meg, de lényegesen csökkenti (1. és 2.).

2-szor, hogy az olajsav jelenléte, jóllehet ugyanolyan mennyiségben használva egymagában 8. szerint a haematolysisnek semmi nyomát sem idézi elő, a serumalbumin kártékony hatását legalább nagyrészt ismét megszünteti.

3-szor, hogy melegítés által úgy olajsavtartalmú, mint olajsavmentes szappan- és serumalbuminkeverék inaktiválható s szappan utólagos hozzáadásával ismét reaktiválható (4. és 6., illetve 5. és 7.), hogy azonban itt is érvényre jut a *magában véve* hatástalan olajsavnak haematolysist elősegítő hatása. (5. és 7.)

Olyan keverékek tehát, a melyek szappant, olajsavat és serumalbumint a fenti arányban tartalmaznak, meglepő hasonlatossággal viselkednek az immunserumokhoz és lehetetlen fel nem ismerni,

1. 3 cm <sup>3</sup> sertéssérum	+	2 cm <sup>3</sup> sertésvérsejtemulsio
2. 2 " "	+	1 cm <sup>3</sup> A
3. 2 " "	+	1 " A 56 <sup>o</sup> -ra hevítve

<sup>3</sup>/<sub>4</sub> órai állás után a thermostatban:

1. a haematolysisnek semmi nyoma;
2. teljes haematolysis;
3. a haematolysisnek semmi nyoma.

A reaktiválás friss sertéssavóval azonban eddig biztosan nem sikerült, a minek lehető okát majd más helyen fogom tárgyalni.

Azt képzelem tehát, hogy az immuntestek, minthogy az olajsavhoz hasonlóan hatnak, valószínűleg savak, a mely nézet támogatására már a fentebbiekben találunk érveket, pl. azt, hogy a véresejteket oldó savókat lúgokkal inaktiválni lehet. Ezen savakat a szervezet idegen sejtek ingere folytán adja le s ezen immuntesteket képviselő savak a már fent közölt séma szerint hatnak, tudniillik úgy, hogy a vérsavóban mindig jelenlevő szappanokat vagy talán más hasonló vegyületeket is (epesavas sók?) hatásossá teszik. Ezek a szappanok volnának tehát legalább bizonyos esetekben a complementek. A specifikus hatást pedig úgy lehetne magyarázni, hogy a természetük szerint különböző idegen sejtek ingerére éppen úgy különböző savakat (immuntesteket) hasít le a szervezet, de talán különböző complementumokat vagy más serumalkatrészeket, a melyekkel az immuntestek, illetőleg complementumok könnyebben vagy kevésbé könnyen hatásos, illetőleg hatástalan vegyületeket alkothatnak.

Ezen utóbbi szempontot véleményem szerint hasonló irányú vizsgálatoknál már nem szabad elhanyagolni, miután kísérleteim kimutatták, hogy a hydroxyl-ion concentratioja, valamint kisebb vagy nagyobb mennyiségű mészevegyületek jelenléte mennyire befolyásolhatja a haematolytikus serum hatását.

Lehetségesnek tartom tehát, hogy sok negatív lelet olyan kísérleteknél, melyek annak kiderítésére végeztek, hogy bizonyos mikroorganizmusok hatása alatt alkot-e a szervezet immuntestet, csak azért voltak ilyen negatívek, mert az ezek hatását befolyásoló mellékkörülmények a kísérletezők előtt ismeretlenek voltak.

Hogy milyen látszólag apróságoktól, valójában azonban nagy fontosságú kémiai reakcióktól és egyensúlyi állapotoktól

hogy itt az olajsav bizonyos mértékben az immuntest, a szappan a complementum szerepét játssza.

Az illető reakciók mechanizmusa mindezek után könnyen érthetőnek látszik, s alighanem a következőkben áll:

A szappan haematolytikus hatása alighanem abból áll, hogy a zsírsav a stromával, az alkali pedig a haemoglobinnal egyesül.

A szappan hatását a serumalbumin megszünteti, mert első sorban ő egyesül a szappannal.

A serumalbumin-szappanvegyületet az olajsav activálja, azért, mert képes ezen serumalbuminvegyületet elbontani és a szappant ismét szabaddá tenni. Lehet azonban, hogy egy savanyú zsírsavas alkalivegyület keletkezik, a mely vagy egymagában, vagy pedig albuminnal való vegyületében is tud véresejteket elbontani, megfelelő stromavegyület (zsírsavas és albuminsavas stroma) és haemoglobinalkalivegyület képződése közben.

Az 56<sup>o</sup>-nál vagy 60<sup>o</sup>-nál való inaktiválásnál, úgy látszik, a szappan az albuminnal egy szorosabb vegyületté egyesül, a melyet az olajsav már nem tud megbontani és a mely ennélfogva már nem is hat haematolytikusan. Most már csak az olajsav marad szabadon, a mely azután kifejti agglutináló hatását, hasonlóképen, mint azt az inaktivált serum magában véve is teszi.

Felvettem már most azt a kérdést, vajon a sertéssérumot igen kis mennyiségű olajsav hozzáadása által (a mi a serum alkalikus kémhatását alig változtatja) a sertésvérsejtekkel szemben haematolytikus hatásúvá lehet-e tenni, és vajon hevítéssel éppen úgy inaktiválható-e mint az immunserum?

Csakugyan ez az eset áll fenn.

10 cm<sup>3</sup> sertésvérsavóhoz 0.05 cm<sup>3</sup> frissen készült olajsav-emulsiót tettem és ezen folyadékkal — A — a következő kísérletet végeztem ismételtén:

függhet egy serum hatása, kitűnik példának okáért a következő kísérletből, mely egyúttal feltűnően demonstrálja a mesterséges haematolytikus immuntestnek, az olajsavnak együttes hatását a normál serummal.

Azon célból, hogy lehetőleg finoman eloszlott olajsavemulsiót kapjak, összeráztam 20 cm<sup>3</sup> physiologiai konyhasóoldatot 0.5 cm<sup>3</sup> olajsavval és 1 cm<sup>3</sup> rendes sertésvérsavóval. Nevezzük ezen emulsiót „O<sup>u</sup>-nak.

Ha 2 cm<sup>3</sup> 5% sertésvéremulsióhoz 0.2 cm<sup>3</sup> „O<sup>u</sup>-t adunk és completálás céljából 2 cm<sup>3</sup> physiologiai konyhasóoldatot, a keverék meglehetősen sokáig látszólag változatlan zavaros marad; a haematolysis csak lassan következik be és meglehetősen sokáig tart, míg teljessé válik. Ha azonban az előbb említett keverékhez 2 cm<sup>3</sup> konyhasóoldat helyett ugyanannyi sertésvérsavót teszünk, mely magában véve hatástalan volna, rögtön beáll a haemolysis, mely néhány perc alatt teljes. Ez a kísérlet tehát azt mutatja, hogy gyors és teljes haemolysis csak akkor áll be, ha a két test: az olajsav és a savó együtt hat. Ha azonban megfordítjuk a kísérletet oly módon, hogy az olajsavemulsiót előzetesen nem a véresejt-emulsióval, hanem a savóval keverjük s azután ezt a keveréket öntjük a véremulsióhoz, szobahőmérséknél, a melyen ezen kísérletek végeztek, még több órai állás után sem áll be haemolysis.

Az olajsav tehát nyilvánvalólag megváltoztatta legközelebbi megtámadási pontját, mely az első esetben a véresejt volt. Feltehető, hogy az említett első esetben a véresejtek az olajsav által elő lettek készítve a savó hatására, mert az olajsavat a véresejtektől ismét el tudtam választani és mint olyat identifikálni.

## Leiomyo-adenoma a nyelv gyökén.

Közli: Baumgarten Egmont dr., egyet. magántanár.

A szerzők a tankönyvekben felemlítik, hogy a nyelv jóindulatú újképletei igen ritkán kerülnek észlelésre. Még ritkábbak a két szövettípusból összetett daganatok, mint a milyen az



általam észlelt eset, mely azonkívül azért is a nagy ritkaságok közé tartozik, mert eddig az irodalom csak egy hasonló esetről emlékszik meg.

Egy 10 éves leánykának mindeddig panasza nem volt, csak három hét óta érez valami idegenszerűt a nyelve tövében. Vizsgálatnál a gégetükrében, de már a nyelvnek lapocczal való lenyomásakor szabad szemmel is látható a nyelv tövében, a középső papilla circumvallata előtt a foramen coecum táján, egy babnagyságú és babalakú, rendes nyálkahártyával fedett, szürkés-fehéresen áttetsző újképlet. A képlet mozgatható, érintéskor kissé kemény, nyomásra feszes.

A képletet ollóval távolítottam el csekély vérzés mellett. A képletet nem sikerült éles késsel átvágni, csak ollóval felezhettem el. Kettémetszése után látható volt, hogy a metszés lapja szürkésfehér, szemcsés felületű, vértelen és hogy a képletnek eléggé vastag tokja van.

A képlet szövettani vizsgálatát a poliklinikai laboratóriumban Vass B. magántanár végezte. A szövettani leírást a lelet ritkaságánál fogva *Pertik Ottó* tanárnak köszönhetem, ki a készítményeket személyesen volt szíves átvizsgálni és leírni, miért is neki e helyen hálás köszönetemet fejezem ki.

A szövetrészlet felületének mintegy negyedrésze rétegzett laphámmal borított, a mely felületesen itt ott kezdődő elszarusódást mutat, és a mely a subepitheliális kötőszövet felé, a hámsapok lelapultsága folytán, többé-kevésbé egyenes, vagy csak gyengén hullámos vonalban határolódik el. A subepitheliális kötőszövet helyenként kifejezettebb, máshol csekélyebb fokú gömbszemes infiltrációt mutat. A szövetrészlet kétharmada nyálkamirigyekből áll, a melyeknek acinusai és kivetelő csövei teljesen a normális nyálkamirigyeknek a structuráját mutatják. Az acinusok közötti kötőszövet sejtsejtgény, rostos, a felülethez közel fekvő sejtsejtgény, helyenként oedemáshá átívódott és kevés, kóros elváltozásokat nem mutató véreter tartalmaz. Hyalinelváltozás csak itt-ott látható és ez is csak kevésbé kifejezett. A kötőszövet, főleg a széli részletekben, kevés zsírszövetet tartalmaz; a mirigyacinusok közötti kötőszövetben pedig nagyobb számú, sima izomszövetből álló pamat húzódik el, a mely a legkülönbözőbb irányokban keresztbeződik, részint hossz-, részint harántirányban metszve látható.

Tekintettel arra, hogy több szövettanilagból összetett daganatoknál az összetett nevű elnevezés alapszavát a nagyobb tömegű szövet határozza meg, jelen esetben a képlet nem *adeno-myomának*, hanem *myo-adenomának* volna nevezendő.

A szövettani lelet teljesen azonos *Glas E.* esetével, melyet „Beiträge zur Pathologie der Zungengrundtumoren“ című dolgozatában a Wiener klinische Wochenschrift 1905. 28. számában közölt.

Az ő esetében a képlet ugyanazon helyen volt és szintén nyálkamirigyekből és sima izomrétegekből állott, de mert az ő készítményeiben az izomrostok nem voltak túlsúlyban, ő a képletet *adeno-myomának*, azaz *adeno-leiomyomának* nevezte el.

A mi esetünkben az egyik készítményben az izomrostok oly hatalmasak, hogy egy-két helyen úgy látszik, mintha a mirigyacinusokat körülvennék és elnyomnák, miért is a mi esetünket *leiomyo-adenomának* neveztük el. *Glas dr.*, ki mint első irta le ezen ritka újképletet, szíves volt a készítményeket átnézni és azt írja, hogy teljesen azonosak az övéivel.

Sajnálatomra a képlet egyik fele elveszett és sorozatos metszeteiket nem készíthettem; *Glas* esetében ugyanis ezeken ki volt mutatható, hogy a mirigyemenetek egy közös menetbe végződtek, mely a képlet felületére vezetett, miért is a képletet congenitális eredetűnek tartja és mert a foramen coecum táján képződött, a *ductus lingualissal* genetikai összefüggésbe hozta. A mirigyeket a *ductus lingualisból* véli hogy képződnek, az izomkötegeket pedig a papillák strumájából. Az ő esetében a beteg 44 éves férfi volt, az én esetemben a leány kora is a mellett szól, hogy a képlet congenitális eredetű.

Az irodalmi adatok *Glas* cikkében találhatók; adenomák egynéhány esetben már észleltettek, leiomyomát csak *Blank* közölt.

Egy második leiomyoma-esetet azóta *Casazza* közölt. (*Leiomyoma linguae*. Bull. Soc. med. chir. die Pavia, 1899.)

**Közlemény a budapesti „Stefánia“ szegénygyermek-kórházból. Igazgató: Bókay János dr., egyetemi ny. r. tanár.**

### Az oesophagoskopiáról.

Irták: *Winternitz M. Arnold* dr., egyetemi magántanár, kórházi sebészfőorvos és *Paunz Márk* dr. műtő, a „Budapesti kerületi általános munkásbetegsegélyező pénztár“ orr-gégeorvosa.

(Folytatás.)

#### Eseteink a következők.<sup>1</sup>

1. *L. Mária*, 11 hónapos. Felvétetett 1901 július 2. Négy hónappal felvétele előtt, szülei gondatlansága folytán, sárgarézből készült nadrágkapcsot nyelt el. A lenyelés után közvetlenül a gyermek fájdalmat küldt, a szoptott tejet és consistensebb táplálékot kihányta. Később a fájdalmak szüntek és csak az időszakos hányás maradt meg. E miatt a gyermek, különösen a negyedik hónapban, erősen lefogyott.

Felvétele alkalmával hajlékony oesophagus-bougieval a bifurcatio magasságában idegen test volt érezhető, melyet pénzfogóval sehogyan sikerült kiemelni. Néhány nappal később a gyermek újra szondázva lett. A szonda a bifurcatio magasságában hol fennakadt, hol meg áttutott a nélkül, hogy az idegen test most biztosan érezhető lett volna. Pénzfogóval végzett újabb kísérletek eredménytelenek voltak. Röntgenfelvételek a gép hiányos volta miatt felvilágosítást nem adtak.

Tekintve, hogy a nyelési nehézségek még mindig fennállottak, oesophagoskopiára haráztuk el megunkat. Megfelelő tubus hiányában Killian-féle rövid bronchoskoppal végeztük a vizsgálatot, mely chloroform-narcosisban, bal oldalfekvésben.

A bevezetés könnyen sikerült. A bifurcatio magasságában a tubus fennakadt és bevilágítva, a nyelőcső belővelt nyálkahártyájától környezett tölsérben láthatóvá vált a lenyelt fémkapocs reflexet adó egy részlete. Fogóval való kihúzás nem sikerült. Pár nap múlva újból oesophagoskopia, mely alkalomra egy egyszerű, ad hoc készített acél-dróhoroggal sikerült a kapocs látható, patkóalakú részlete mögé jutni, azt az oesophagoskop széléhez húzni és óvatos rotáló mozgások kíséretében az oesophagoskoppal együtt a nyelőcsőből eltávolítani. A kiemelés, a 4 hónapi bennfekvés ellenére, meglepően könnyen sikerült. A kapocs egy darab sárgarézből készült, 2 cm. hosszú, 1 1/2 cm. széles, ú. n. himkapocs volt.

A gyermek nyelése a műtét után teljesen szabad; a hányás sem jelentkezik többé. Elbocsátás 1901 július 13.-án.

2. *T. Berta*, 3 éves. Felvétetett 1904 október 28. Három nap előtt krajezart nyelt. Azóta csak folyadékot tud nyelni.

Az egyébként ép szervezetű gyermeknél a manubrium sterni magasságában szondával ellenállás érezhető. Oesophagoskopia mely chloroformnarcosisban. A tubus bevezetése könnyen sikerült. Az élével felfelé néző pénzdaráb a jelzett helyen jól látható és fogóval az oesophagoskoppal együtt könnyen eltávolítható. Utána a nyelés szabad. Elbocsátás másnap.

3. *I. Irma*, 1 3/4 éves. Felvétetett 1905 október 5. Öt nap előtt gombbal játszott és hirtelen fuldoklási, köhögési rohamok lepték meg, melyek néhány percig tartottak. Azóta csak folyadékot tud nyelni. Az egyébként ép szervezetű gyermek toroknyálkahártyája halvány. A szájon át ujjal mélyen benyúlva, a nyelőcső bemenetében, a gyűrűporoz magasságában a gombnak kemény érdes széle érezhető. Chloroformnarcosis. A rövid tubus bevezetése, az idegen test beállítása könnyen sikerült. A gomb széle a tubus felé fordult. Ezt fogóval megfogjuk és a tubussal együtt könnyen kihúzzuk. Két cm. átmérőjű, kerek, sárgarézkerebbe illesztett üveggomb volt.

A kis leány október 7.-én gyógyultan bocsátott el. Nyelése teljesen szabad.

4. *E. József*, 10 éves. Felvétetett 1905 december 12. Két nap előtt disznóhús evése közben egy darab csontot nyelt. Azóta csak folyadékot tud nyelni.

A közepesen fejlett fiú egyébként ép szervezetű. Orr-, torok-, gége-nyálkahártyája halvány. A nyelőcsőbe vezetett szonda a manubrium sterni magasságában megakad.

Chloroformnarcosis. Oesophagoskopia. A tubus bevezetése könnyen sikerül. A manubrium sterni magasságában harántul beékel, élével felfelé néző csontdarab látható. A kihúzási kísérletnél a fogó többször lecsúszik. Végre sikerül az élével a nyálkahártyában megakadt csontot jól megfogni, helyéből kimozdítani és a tubussal együtt kihúzni. Háromszögű, pyramisalakú, három hegyes csúccsal és egyenetlen éllel bíró, 16 mm. hosszú, 14 mm. széles csontdarab volt. December 13. A gyermek még nehezen nyel, csak folyadékot kap. December 14. Jól nyel. Láztalan. December 15. Elbocsátatik.

5. *K. László*, 3 éves. Felvétetett 1906 január 18. Tizenegy nap előtt pléhből készült kerek játéksípot nyelt; azóta csak folyadékot tud nyelni. Az egyébként ép szervezetű, láztalan betegnél a Röntgen-kép a sípot a manubrium sterni magasságában élével felfelé álló helyzetben beékelve mutatja. Chloroformnarcosis. A tubus bevezetése, az idegen test beállítása és eltávolítása horgas fogó segítségével a tubussal együtt könnyen sikerül. A síp kettős pléhlemezből készült, 2 1/2 cm. átmérőjű, kerek, közepén 4 mm. átmérőjű kerek nyílással bíró test.

<sup>1</sup> Az 1. sz. eset a „Budapesti kir. Orvosegyesület“ 1901 október 19.-i ülésén volt bemutatva, a 2. és 3. sz. eset az 1905 október 21.-i ülésén.



Január 19. A beteg jól nyel. Láztalan. Január 20. Elbocsátatik. 6. K. *Julis*, 2 éves. Felvétetett 1906 május 6. Tíz nap előtt krajczárt (2 fillérest) nyelt. Azóta csak folyadékot tud nyelni.

Az egyébként ép szervezetű gyermeknél a Röntgen-átvilágítás a krajczárt élével felfelé a manubrium sterni magasságában mutatja.

Chloroformnarcosis. A tubus bevezetése könnyen sikerül. Az erősen beékelte krajczárt fogóval megfogva, a tubussal együtt távolítjuk el. Elbocsátás május 7. Jól nyel.

7. K. *János*, 4 éves. Felvétetett 1906 november 21. Két nap előtt krajczárt nyelt. Azóta mindent kihány. Folyadékot is csak nagy nehezen tud nyelni.

A Röntgen-átvilágítás a krajczárt élével felfelé, az I. hátesigolya magasságában mutatja.

Chloroformnarcosis. A tubus bevezetése és az idegen testnek a tubussal együtt való eltávolítása könnyen sikerül. Elbocsátás még aznap. Jól nyel.

8. G. *Erzsébet*, 3 éves. Heges bárzsingszűkület miatt kórházi kezelésben áll. Gastrostomia is végeztetett. A bárzsingszűkület retrograd úton tágtított elég jó eredménnyel. 1905 november 1-én birtelen teljes nyelési képtelenség, holott azelőtt való napon még jól nyelt. Chloroformnarcosis. Oesophagoskopia. A heges szűkületben almagag volt beékelődve. Ezt fogóval a tubuson keresztül kihúzával, a nyelés ismét szabadabb lett. A beteg 1906 január haváj szondákkal kezeltetett és azután elbocsátatott, a hozzátartozóinak adott azon utasítással, hogy a további kezelés végett mint ambulans jelentkezzen. Ezen utasítást nem követték. 1906 november 19-én újból felvétetik. Előtte való napon nyúlást evett. Azóta teljes nyelési képtelenség; folyadék sem jut le. November 20. Chloroformnarcosis. Oesophagoskopia. A tubus könnyen vezethető be, de 20 cm-nyire a fogsortól heges stricturában megakad. Körülbelül két centiméternyire a tubus végétől lejjebb a nyelőső hegesen szűkült lumenét fehéres tömeg tölti ki. Minthogy a szűkület miatt nem lehet a tubust az idegen testig letolni, csak fogóval meggyünk lejjebb és a tubuson keresztül egy darabban húzzuk ki az idegen testet, mely rosszul összerágott, dugaszszerűen összeáll, pontosan a szűkült nyelősőréssz lumenének megfelelő alakú húsdarabnak bizonyul. November 21. Jól nyel; láztalan. November 22. Lázas. Hőmérsék 38,2 C°. A tüdő felett jobb oldalt, alul-hátul szörtyözések. November 23. Láztalan. November 26. Elbocsátatik. Nyelés szabad.

9. V. *János*, 10 éves. Felvétetett 1906 december 15. Hat év előtt lúgot ivott. Bougie-kal sohasem kezelték. Több ízben fennakadt egy-egy falat, de azt néhányszor krakogással ki szokta köpni. Tegnap disznóhúst evett; azóta nem tud semmit sem nyelni. Táltengett mandolák. Egyébként ép szervezet.

Chloroformnarcosis. A vastagabb tubus 18 cm-nyire a fogsortól hegesen szűkült részben fennakad. Vékonyabb tubussal ezen szűkült részen keresztül lejutatni 22 cm-nyire, a hol szűrkés tömeg látható, a mely a különben itt is heges nyelőső lumenét teljesen elzárja. Fogóval apróbb részeket leszakítva, kiderül, hogy fehér főtt hús az, a mi a lument eltömészi. Erre fogóval jól megfogva az egész tömeget, a tubuson át 3 cm. hosszú, czeruzavastágú húsdarabot húzunk ki, mely a czeruzányi heges szűkületet dugószerűleg zárta el. December 17. Nyelés szabad. Elbocsátás.

10. *Ambulans*, 3 éves, leány. Jelentkezett 1906 június 28. Kisfokú heges szűkület miatt ambulans kezelés alatt áll. Tegnap egy kis szivalakú jou-jou-t nyelt le; azóta csak folyadékot tud nyelni. Bougie-val 20 cm-nyire a fogsortól könnyen engedő akadály érezhető. Chloroformnarcosis. A tubus könnyen bevezethető. A fogsortól 22 cm-nyire lapos, arany-sárga fémtárgy tűnik szembe, mely azonban ugyanabban a pillanatban lejjebb csúszik és eltűnik. Vékonyabb tubussal átvizsgálva az egész nyelősövet, az idegen test nem látható. Nyilvánvalólag a gyomorba csúszott le. A jelzett helyen a nyelőső fala heges. Az idegen test néhány nap múlva per vias naturalis távozott.

11. H. *Róbert*, 7 éves. Jelentkezik 1905 november 1. Hozzá-tartozói állítása szerint 4 nap óta csak folyadékot tud nyelni. Okát nem tudják. Táltengett mandolák. Egyéb szervi változás nincsen. A szonda akadálytalanul letolható. Oesophagoskopia mely chloroformnarcosisban. Akadály vagy kóros változás a nyelősőben sehol sem található.

12. N. *Mária*, 5 éves, leány. Felvétetett 1905 november 2. Öt nap előtt állítólag csontot nyelt. Azóta csak folyadékot tud nyelni. Chloroformnarcosis. Oesophagoskopia. A tubus bevezetése könnyen sikerül. A csont nem található; egyéb változás nincsen a nyelősőben.

13. H. *Lajos*, 3 éves, fiú. Felvétetett 1906 július 29. Reggel krajczárt nyelt, utána 10 percig öklendezett, hányt; a hányadék kissé véresea festenyzett volt. Folyadékot sem tud nyelni. Óvatos szondázás akadályt nem derít ki. Chloroformnarcosis. Oesophagoskopia. Az egész nyelőső szabad. Július 30. Röntgen-átvilágítással a jobb medence felett a colon-nak megfelelőleg találjuk meg a fémtárgy árnyékát. Per anum távozik.

14. S. *Margit*, 5 éves, leány. Felvétetett 1906 július 30. Régóta kezelés alatt áll a nyelőső heges szűkülete miatt. Néhány nap óta csak folyadékot tud nyelni. Idegen test gyanúja miatt chloroformnarcosisban oesophagoskopia. Idegen test nem található, ellenben jól látható a manubrium sterni magasságában a heges szűkület, melyen vékonyabb tubus-sal át lehet jutni. A nyelőső mellkasi része szabad. További kezelés szondákkal.

Újabbán még a következő eseteink voltak:

15. Sz. *Róza*, 3 1/2 éves. Jelentkezett 1907 július 16-án. Két év előtt lúgkőoldatot ivott. A heges szűkületet egy évig tágtították. Július

15-én húsdarab akadt meg nyelősővében. A szonda a fogsortól 26 cm. távolban megakad. Oesophagoskopia chloroformnarcosisban. A 10 mm. vastag tubus 25 cm. távolban heges szűkületben megakad, melynek lumene szürkésfehér, puha tömeggel van kitöltve. Ennek eltávolítása több darabban. Főtt marhahús volt.

16. K. *Sándor*, 6 éves. Jelentkezett 1907 július 21-én. Három év előtt lúgot ivott. Szondakezelés; 1 1/2 év óta jól tud nyelni. Két nap előtt szilvamatot nyelt, azóta semmit sem tud nyelni. Oesophagoskopia chloroformnarcosisban. Körkörös strictura 15 cm. távolban, mely a 10 mm.-es tubust nem bocsátja át. A 7 mm.-es tubus átjut, de 20 cm. távolban a heges szűkületben megakad. A szűkület lumenét fehérszürke, kemény test tölti ki. A szilvamat eltávolítása a tubussal együtt könnyen sikerül.

17. B. *Márton*, 7 éves. Jelentkezett 1907 július 31-én. Másfél év előtt lúgot ivott. Szondakezelés nem történt. Július 29-én marhahús akadt meg nyelősővében. Az akadály 20 cm. távolban érezhető. Oesophagoskopia chloroformnarcosisban. A főtt hús a jelzett távolban kitölti a heges stricturát és több darabban a tubuson át eltávolíttatik.

Ha az itt leirt eseteken végigtekintünk, kiderül, hogy az oesophagoskopia a hozzáfűzött várakozásoknak minden tekintetben megfelel. Hét esetben ép nyelősőből távolítottuk el a fennakadt idegen testet, minden nagyobb nehézség nélkül; ezek közül egy esetben 11 hónapos csecsemőnél. Öt esetben hegesen szűkült nyelősőből sikerült kihúzni az idegen testet; ezek közül az egyiknél két ízben volt szükséges ily okból oesophagoskopiát végezni. Egy esetben csak meglátnunk sikerült az idegen testet a heges szűkületben, de a mint a szűkület a bevezetett tubus által kissé tágult, az idegen test meg lazult és a gyomorba csúszott. Ezt a tapasztalatot legelőször *Hacker* tette; különösen heges szűkületnél, de ép nyelősőnél is előfordulhat e körülmény és *Hacker* meg is jegyzi, hogy az oesophagoskopia célja az idegen test felkutatásán és eltávolításán kívül a nyelősőnek a tubussal történt tágtítása által a gyomorba való juttatása is lehet. Ezen incidens nem képezheti az oesophagoskopia hátrányát, mert az idegen test lecsúszása ez esetben tulajdonképen a szem ellenőrzése mellett történik és így kétségtelenül kevésbé veszélyes a bougiekkal vaktában történő letolásnál. Különben is ezen incidens kisebb, sima, egyenletes felületű és kellőképen be nem ékelte, tehát kevésbé fixált testekkel szokott megtörténni.

Két esetben az idegen test a vizsgálat idejében már nem volt a nyelősőben. Egy esetben ép nyelősőben, egy esetben pedig heges szűkületnél egyáltalán nem volt idegen test, a mit az oesophagoskopia világosan kimutatott. Ezen esetek igen tanulságosak, mert szépen mutatják, hogy beékelte idegen testek spontán, észrevétlen távozása után is a nyelési nehézségek összes tünetei (az enyhe érzékenységtől a teljes nyelési képtelenségig) még napokig fennállhatnak minden súlyosabb nyelősőelváltozás nélkül. Ezen esetekben is sürgősen javalt a nyelőső pontos átvizsgálása, mert csak ez ad megnyugtató feleletet afelől, vajjon az idegen test bennfekszik-e még a nyelősőben vagy sem?

A mi az idegen testeknek oesophagoskopikus úton való eltávolításának technikáját illeti, szabályul kell venni, hogy a tubust mindig, a mennyire lehet, az idegen testre reátoljuk és csak azután fogjuk meg a lehetőleg centrálisan beállított idegen testet. Csakis így kerülhet el biztosan a nyelőső falának megsérítése a kihúzási kísérleteknél, mert ily módon a tubus megvédi azt. Ezen szabálynak figyelmen kívül hagyása könnyen megboszúlja magát, a mit nekünk is alkalmunk volt nemrég egy esetben tapasztalhatni. Az eset a következő:

18. N. *Anna*, 4 éves, leány. Felvétetett 1907 február 12-én. Három nap előtt pléhsipot nyelt. Azóta nyelni egyáltalán nem tud; a folyadékot is kihányja.

A közepesen fejlett, kissé legyengült leánynál azonnal a felvétel után végezzük az oesophagoskopiát chloroformnarcosisban. A 20 cm. hosszú, 11 mm. átmérőjű tubus bevezetése könnyen sikerül. Mélyen a bifurcatio alatt látható az élével felfelé néző, szürkésfehéren csillogó idegen test, mely a tubus alsó végétől még több centimeter távolságban fekszik és minden belégzésnél jól látható, kilégzésnél azonban eltűnik. Horgas fogóval túlmenve a tubus alsó végén, az idegen test helyett a nyelőső nyálkahártyája kerül a fogó szárai közé és abból egy 1 1/2 mm. széles, mintegy 2 cm. hosszú, keskeny csikalakú rész kiszakad. A kisfokú vérzés tamponadera szűnik. Most a 30 cm. hosszú tubust bevezetvén, az idegen test közvetlenül a cardia felett beállítható, de a vattatamponokkal eszközölt kitérítések közben a gyomorba csúszik. A gyermek délután nagyfokban elesett, bágyadt. Hőmérséke 36,2 C°. Február 13. A tüdő felett jobboldalt alul-hátul kissé rövidebb kopogtatási hang. Légzési eltérés nincs. Hőmérsék 37,2 C°. Collapsus, alig tapintható pulsus. Délután 3 órakor exitus.



A bonczolás kiderítette, hogy az oesophagus jobb oldalában a cardia felett gombostüfejni perforációs nyílás van, ettől felfelé körülbelül a bifurcatio magasságáig 2 mm. széles, csikalakú, lepedékes nyálkahártyahiány. Mediastinitis ichorosa. Pleuritis seroso-purulenta bilateralis. Degener. adiposa major. grad. hepatis. Degener. parenchym. muse. cordis.

Az idegen test a gyomorban feküdt. Kerek pléhsíp volt, hasonló az 5. számú esetben kihúzottéhoz.

Általában azt tapasztaltuk, hogy az oesophagoskopia a mélyen elaltatott gyermekeknél könnyen vihető keresztül. Mégis volt két esetünk, a melyben a narcotizált gyermeknél az oesophagoskopiát kellő ideig végezni nem lehetett, a tubus bennfekvése alatt keletkezett fuladási jelenségek miatt. Mindkét esetben két éves gyermekről volt szó; megjegyzendő azonban, hogy az egyik esetben egy nagyobb fémtárgy volt a nyelőcsőben beékelve, mely már maga is nyomást gyakorolhatott a tracheára. Valószínű azonban, hogy a tubusnak a gégelelésőre gyakorolt nyomása okozta főleg a jelenségeket, melyek megszűntek a tubus eltávolításával. Hogy ilyen nyomási jelenségek fiatalabb gyermekeknél a még puha gégelelésű mellett mély narcosisban könnyen létrejöhetnek, nem szorul talán bővebb magyarázatra. Lehet, hogy ezen kedvezőtlen esetekben a túlmély narcosisban sokszor jelentkező felület és rossz légzés mint „chloroformtünet” is hozzájárult a vizsgálat megakadályozásához.

A két eset a következő:

19. R. Zsófi, 2 éves. Felvétetett 1903 február 22. Egy hét előtt játék közben 10 gm.-os sárgarézszűrt nyelt. A nyelés ezen idő óta rendkívül nehezített. Sokszor folyadékot sem tud nyelni. A nyelési kísérletek fájdalmasnak látszanak. A bevezetett bárzsingutasz 12 cm. mélységben kemény testhez ütődik, mely a letolási kísérleteknek nem enged. A Graefe-féle pénzfogóval sem lehet az idegen testet megkerülni. Röntgen-átvilágítással az idegen test a manubrium sterni magasságában jól látható és olyképen fekszik a nyelőcsőben, hogy szélesebb basisával lefelé tekintve, annak lumenét elzárja.

Február 23. Mély chloroformnarcosisban, bal oldalfekvésben oesophagoskopia. Narkosis beálltakor a fej előrehajítása és a sternális izmok ellazítása mellett mélyen a jugulumban betapintva, a trachea bal szélé mellett egy lencsényi kemény képletet érzünk, mely a Röntgen-képpel egybevetve, a basisával lefelé néző súly gombos fejének felől meg.

Az oesophagoskop bevezetése könnyen sikerül, de a beálló légzési nehézség miatt azt rövid idő múlva el kell távolítani. Újból kísérletet teszünk az eszközzel, de az idegen testet be nem állíthatjuk, mert a cyanosis miatt ismét el kell a műszert távolítani. A következő kísérlet alatt ismét cyanosis és suffocatio, mely azonban a tubus rögtöni eltávolítása után is fennáll. Úgy látszik, hogy az idegen test az oesophaguskoppal való kísérletezések alatt megfordult és most összenyomja a tracheát. Ezért azonnal alsó légcsőmetszéshez fogunk. Gyorsan felkeressük a jugulumban a tracheát; a mint azonban azt megnyitni akarjuk, a légzés hirtelen felszabadul. Valószínű, hogy az idegen test a trachea felkeresése közben történt nyomkodások folytán ismét megfordult és a trachea a nyomás alul felszabadult. Ezért elállunk a trachea megnyitásától és a további oesophagoskopos kísérleteket is beszüntetve, az oesophagotomiára határozzuk el magunkat.

A műtétet a következő módon hajtottuk végre.

A baloldali m. sterno-cleido-mast. hátulsó szélé mentén, a gyűrűporcz tájától a kulcsesontig metszést vezetünk, mely a kulcsesontra érve, derékszögben megfordul és rajta a sternum incisurájáig median felé folytatódik. A felületes nyakpólya felhasítása után a seb egész terjedelmében szabaddá tesszük a m. sterno-cleido hátulsó szélét és clavicularis portioját. A bőrmetszés felső felében megjelenő vena jugul. externát hátrahúzzuk. Most a m. sterno-cleido külső fejét leválasztjuk a kulcsesontról és befelé húzzuk, miközben mögötte és alatta a vastag vena jugularis interna kezd mutatkozni. Az ennek oldalán le- és kifelé húzódo m. omohyoideus az öt körülfogó középső nyakpólyával együtt a venától kifelé átmetszünk és félrehúzzuk. Most a seb mélyén jól tapintjuk a m. scalenus anticus kötegét és a csigolyák harántnyútványait és a jól látható vena jugul. int. és a m. scalen. ant. közötti laza kötőszöveti részbe ujjunkkal és csipeszszel óvatosan előrehaladva, a vena jugul. internát, majd a carotist és vagust a sternocleidóval együtt tompa kampókkal a gerincoszloptól elemeltetjük.

Az előhatolás a laza kötőszöveti részen igen könnyű és semmi vérzéssel vagy melléksérüléssel nem jár. A scalenus anticus előtt a mély nyaki pólyán áttűnve jól látható a n. phrenicus. A scalenuson belül a csigolyatestek elülső felszínei érezhetők.

Ezen zugban a kívülről-alulról fel- és befelé futó art. thyreoidea inf.-t két ligatura között átmetszük. Most az egész retrooesophagális tér szabad. Hátra a csigolyatestek, elül a tracheális gyűrűk érezhetők és a tracheával együtt emelkedik el a csigolyáktól az oesophagus is.

Most mutatónjunktal a nyelőcső mögött óvatosan az idegen test alá hatolunk és miközben arra alulról felfelé baladólág enyhe nyomást gyakorolunk, azt tapasztaljuk, hogy az beékelődési helyéből igen könnyen felfelé mozdítható és a nyelőcsőben felfelé tolató. A mint az idegen testnek eme kimozdíthatóságáról meggyőződünk, a nyelőcső megnyitásától elállunk és az idegen testet a nyelőcsőben alulról felfelé tolván, a pharynxba simítjuk. E közben egy segéd a beteg száját kitévve, a

pharynxba visszatolt idegen testet a szájon át fogóval eltávolította. A nyak sebére egy egy bevezetett gazeecik felett egyesítettük.

Műtét után a nyelés teljesen felszabadult. A betegnél a következő napokban jobboldalt hátul-alul magas lázak kíséretében pneumonias beszűrődés támadt, melynek lassú resorptioja után ugyanezen oldalon kis metapneumonikus streptococcusempyema jelentkezett. Ezen idő alatt a műtési sebek behégedtek. Március 28.-án a beteg elhagyja a kórházat.<sup>1</sup>

20. F. Julis, 2 éves. Felvétetett 1906 október 26. Két hét előtt állítólag csontot nyelt; azóta nyelni nem tud. Erősen lesóványodott, egyébként ép szervezetű gyermek. Mély chloroformnarcosisban oesophagoskopia. A narcosis alatt asphyxia támad, mely az oesophagoskop eltávolítását és mesterséges légzés megindítását teszi szükségessé. Vastagabb szonda akadály nélkül jut a gyomorba. A gyermeket szülei még aznap hazaviszik megfelelő utasítással és ama meghagyással, hogy újból mutassák be. További sorsa ismeretlen.

Ezen két eset mutatja, hogy váratlan complicatióktól a narcosisban végzett oesophagoskopiánál sem vagyunk megkímélve. Az egyik lehetőség — mint látnuk — az, hogy a tubus bevezetése után a légzés nehezített, stridorosus lesz, sőt teljesen elakadhat. Ezt csak egy esetben, a fentebb ismertetettben (19. sz.) észleltük, a hol egy voluminosus test (10 gm.-os súly) volt beékelődve. A másik asphyxiás eset (20. sz.) felől az a véleményünk, hogy a vizsgálatot megakadályozó asphyxia tisztán a chloroform rovására irandó. Épen ezért minden oesophagoskopiánál, melyet narcosisban végzünk, teljes felszereléssel kell fogunk a vizsgálatához, hogy szükség esetén a tracheotomiát vagy az oesophagotomiát is azonnal végezhesünk. Ez annyival inkább szükséges, mert kis gyermekeknél egy második narcosis, ha a gyermek a nyelési akadály folytán is már lesóványodott, épen-séggel nem közömbös.

(Vége következik.)

## IRODALOM-SEMLE.

### Könyvismertetés.

B. Nocht: Vorlesungen für Schiffszärzte der Handelsmarine über Schiffshygiene, Schiffs- und Tropenkrankheiten. 1906. Verlag von G. Thieme, Leipzig.

Napról napra szaporodik azon magyar orvosok száma, kik a Fiuméből induló kivándorlóhajókon mint hajóorvosok teszik meg a tengeri utat Amerikába. A „magyar hajóorvosok” intézménye alig négy éves s mint minden fiatal intézmény általában, ez is küzd a kezdet nehézségeivel. Orvosaink legnagyobb része tájékozatlanul lép a hajóra, melyen az orvosi szolgálat teljesítését elvállalja s mindeztideig nincs a magyar irodalomban oly könyv, mely őket a szükséges és kívánatos hajó- és tenger egészségügyi kérdésekbe könnyen és áttekinthetően bevezesse. De a külföldi szakirodalom is szűkölködik ily könyvekben, mert a meglevők a gyakorlati használatnak kevésbé tudnak megfelelni. Valósággal hézagpótló Nochtnek, Hamburg volt kikötőorvosának szóban forgó könyve. A gyakorlati életnek megfelelő rövidséggel és könnyen érthető formában tárgyalja az orvosi kar zöme előtti teljesen ismeretlen hajóhygienét.

A hajó szerkezetének valamint az egyes hajóhelyiségeknek egészségügyi követelményeit ábrák kíséretében szemléltető módon találjuk előadva s azáltal, hogy a technikai szakkifejezéseket a tárgyilagos ábrázolás is kíséri, könnyen érthetővé válik a könyvnek ezen legnehezebb része olyanok számára is, kik hajó-szerkezettannal sohasem foglalkoztak. Általános ismertetését nyújtja a könyv a hajók régebbi s jelenlegi egészségügyi viszonyainak, kiterjeszkedvén némely a hajózásnál fontos szerepet játszó egészségügyi viszony és nevezetesebb betegség behatóbb tárgyalására is. A kivándorlóhajók egészségügyi viszonyainak tárgyalása számos kartársunknak nyújt tiszta képet feladatukról s alkalmas arra, hogy itt-ott a magyar szaksajtóban is már felbukkanó közleményekben tapasztalt és gyakran elfogult ítéleteket a helyes méderbe tereljék. Különösen kívánatos, hogy tengerre menő kartársaink a hajóorvosok helyzetére vonatkozó részleteket méltassák szíves figyelmükre. A tropusi betegségeket tárgyaló

<sup>1</sup> Lásd: Winternitz dolgozata. Irodalom. 20. sz.



fejezetek, a mennyiben a hajózást illetik, kiválóan találó képeket nyújtanak s a hajóorvosok szükségleteihez, a speciális hajóegészségügyi viszonyok szemeltartása folytán, a gyakorlatnak megfelelő módon alkalmazkodnak. A könyv ára 8 márka 40 fillér.

Tauffer Emil dr.

M. Kahane und F. Pietschmann: Die gebräuchlichsten neueren Arzneimittel. Berlin und Wien, Urban und Schwarzenberg, 1907.

A gyakorló orvos számára úgyszólván nélkülözhetetlen kis könyv, a mely az újabb gyógyszereket ismerteti, még pedig kritikailag, a bécsi „Allgemeines Krankenhaus“-ban tett tapasztalatok alapján. Különös súly van fektetve a kellemetlen és káros mellékhatások ismertetésére.

Az újabb gyógyszereknek betűrendben való ezen ismertetése után, a mely a könyv legnagyobb részét teszi, az orvosságos therapia általános elveit összefoglaló fejezet következik, úgyszintén egy további, a mely azon orvosoknak tehet jó szolgálatokat, a kik maguk kénytelenek a gyógyszereket dispenzálni.

Az ügyesen összeállított, teljesen megbízhatónak látszó, csinosan kiállított vászonkötésű zsebkönyv ára 6 korona.

## Lapszemle.

### Gyógyszertan.

**Tannothymal.** Hildebrandt farmakológiai vizsgálatai szerint az oxybenzylszármazékok közül helybelileg legkevésbé izgatók és legerősebb összehúzó hatásúak a thymolszármazékok; e mellett tekintetbe veendő az is, hogy maga a thymol az összes phenolok között a legkevésbé ártalmas. Baumgarten csakugyan nagyon jó hatásúnak találta a tannothymalt, a mely csaknem íztelen, savakban oldhatlansága miatt a gyomrot nem bántja és phenol-alkotórésze miatt erőteljes antisepsis hatást fejt ki. Körülbelül 1 gramm adagokban adható háromszor naponként. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1907. 25. szám.)

Az escalinról ismét szó esett a berlini orvosegyesületben. Bickel ugyanis kimutatta, hogy a fémek — a nemes fémek kivételével — fokozzák a gyomornedvtermelődést, még pedig a keletkező hydrogen révén. Az escalin pedig szintén fémkészítmény (aluminium). Az általa létesített fokozott gyomornedvelválás tehát káros lehet a gyomorfekélyben, a mely ellen ajánlották. Másfelől pedig a rohamos gázfejlődés következtében a gyomor nyálkahártyáján lecsapódott escalinréteg is leemelődik. Állatokon végzett kísérleteiben Bickel nem tudott meggyőződni az escalinnak vérzéscsillapító hatásáról. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1907. 30. szám.)

### Belorvostan.

A diabetes mellitus gyógyszeres kezelése. Diabetes esetében A. R. Parsons három okból veszi igénybe a gyógyszereket: 1. a glykosuria csökkentésére, 2. a coma megelőzésére vagy megszüntetésére és 3. bizonyos tünetek vagy szövödmények javítására. Hangsúlyozza azonban, hogy a gyógyszeres kezelésnek csak másodrangú szerepet szabad vinnie a diabetes orvoslásában; a főszó a diéta helyezésére.

A mi a glykosuriát csökkentő szereket illeti, legmegbízhatóbbnak az opiumot tartja. Használható a betegségnek bármelyik szakában, de legeredményesebben a súlyos esetekben, a melyekben szigorú diéta sem tűnik el a cukor a vizeletből. Adag gyanánt 6—30 centigramm opiumkivonatot említ (ismeretes, hogy a diabetesben szenvedők jól tűrik az opium nagy adagait). Sajnos, a hatás csak addig szokott tartani, a meddig a szert használják. A hatásmód még nem egészen tisztázott; némelyek az idegrendszerre gyakorolt sedatív hatást tekintik mértékadónak, míg mások az anyagcsere csökkenését; Frerichs a máj glykogenes működésére kifejtett közvetlen hatást vesz fel. Pavy, úgyszintén Noorden szerint codeinnel éppen oly jó eredmény érhető el, mint opiummal; Saundby, továbbá Osler ennek ellentmond.

A bromkalium Osler és Noorden szerint főleg nagyon ideges egyéneknek csökkentheti a glykosuriát; diabetesben Begbie használta először ezt a szert 1 gramm adagban 3-szor naponként.

A natrium salicylicum, illetve a kevesebb kellemetlen mellékhatást okozó aspirin a diabetesnek enyhe eseteiben teljesen megszüntetheti a cukorvizeletet; ezenkívül az egyidejűleg sokszor jelenlevő neuralgiára és pruritusra is kedvező hatású. 1 gramm adagban adandó naponként 3-szor. Egyedüli ellenjavallata a veselob. Súlyosabb esetekben hatástalan.

Az antipyrin is használják, de úgy látszik nincs haszna. A néha mutatózó cukormegkevesedést a szer által okozott emésztészavarokra lehet visszavezetni. Már csak azért is kerülendő, mert könnyen fehérjevizeletet okoz.

A syzygium jambolanum Noorden szerint egy időre fokozhatja a szénhydrat-assimiláló képességet.

A némelyek ajánlotta uran-nitratot úgy Noorden, mint a szerző hatástalannak tartja. Az alkáliáknak, úgyszintén a karlsbadi víznek nincsen hatása a glykosuriára, noha más tekintetben értékesek a diabetes orvoslásában.

A mi a coma megelőzését illetve gyógyítását illeti: pozitív vaschlorid-reactio esetén azonnal nagymennyiségű (150 gramm és még több) natrium bicarbonicumot kell adni. Mohr szerint a natrium bicarbonicum egy része natrium citricummal helyettesíthető, főleg azokban az esetekben, a melyekben székrekedés van. Ilyenkor korán reggel 75 gramm natrium citricumot fogyasztat el 700 gramm vízben oldva és napközben egy üveg fachingeni vagy vichy-i Celestin-vizet itat meg, a melyben 150 gramm natrium bicarbonicumot olvaszt fel. A székrekedést mindenestre meg kell szüntetni. Ha már kifejlődött a coma, 1 liter 3—4%-os natrium bicarbonatoldat fecskendezendő be intravenásan (nem a bőr alá, mert gangraena támadhat); egyidejűleg a szájon át is adandó natrium bicarbonicum és bőséges székürülésről is kell gondoskodni.

A mi végül a tüneti kezelést illeti: a szomjúság ellen legjobban a glykosuria csökkentése; használható citromszemeknek a szopogatása, továbbá nagyon meleg víznek a szűrőcsövése. Székrekedés ellen legjobbak a sós hashajtók. A pruritus ellen leginkább a nagy tisztaság használ, továbbá a gyakori mosogatás bórsav- vagy boraxoldattal. A fogak szúvasodása ellen kellő szápolás foganatosítandó (alkáliás és antisepsis szájöblítő folyadék, nagyon puha fogkefe). A neuralgiák ellen külsőleg anodynumok, belsőleg antipyrin vagy aspirin használandók. (The practitioner, 1907. 7. füzet.)

Új diagnostikai jel appendicitisben. Tudjuk, hogy appendicitis eseteiben nagy fontosságú tudni, vajjon a hashártya is be van-e már vonva a lobosodás körébe, avagy nincs. Ha igen, a mai felfogás értelmében műtét végzendő. A hashártyának kiterjedtebb lobosodása természetesen többnyire könnyen felismerhető. De nem így a kezdődő, csak kis területre szorítkozó, pedig éppen ilyenkor jár legjobb eredménnyel a műtét. Blumberg berlini orvos újabban egy tünetet ír le, a melynek segítségével appendicitisben a kezdődő, körülírt hashártyalob felismerhető. Ha ugyanis a féregnyújtvány táján nyomást gyakorolunk, fájdalom támad, a mely a nyomás megszűnése után eltűnik; ezt a fájdalmat a beteg appendix okozza. Ha azonban nem — mint a hogy ez rendszeren történik — lassanként, hanem hirtelen emeljük el nyomó kezünket, a peritoneum egy része megrázkódtatást szenved, a minek következtében, ha lobos, a nyomás okozta fájdalmat felülmúló, erős fájdalom támad, míg ha nem lobos, fájdalom nem jelentkezik, a mennyiben tudjuk, hogy az ép hashártya nem, vagy csak kis mértékben érzékeny. Minthogy a leírt tünet peritoneális eredetű, természetesen a hashártya lobosodásával járó más folyamatokban is kimutatható. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1907. 24. szám.) Treitzel würzburgi orvos már évek óta használja a jelzett egyszerű vizsgálómódot és teljesen egyetért Blumberggel. A tünet szerinte megvan minden peritoneális lobosodási illetve izgalmi állapotban, tehát csaknem mindig az appendicitisben is, míg más hasbetegségekben hiányzik, így a neuralgiákban is, a mi fontos, mert ismeretes, hogy az ovariális neuralgiák sokszor okoznak nehézséget a megkülönböztető körjelzésben. Figyelmeztet azonban, hogy előrehaladt appendicitisben az eljárás veszedelmes is lehet, a mennyiben a képződött adhaesiók szétválása útján a peritoneális folyamat továbbterjedésére vezethet. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1907. 30. szám.)



A pellagra gyógyítására Babes és Vasiliu az atoxylt ajánlja. A betegség tünetei a súlyos cerebrális állapotok és a tachycardia kivételével ezen szernek már kicsiny adagjaira sokszor egy csapásra javulnak és néhány nap alatt elmúlnak. Ez a hirtelen javulás annyira szembeszökő, hogy talán a pellagrának megkülönböztetésére hozzá hasonló állapotoktól is felhasználható. Súlyos esetekben első alkalommal 10 centigramm fecskendezendő vizes oldatban a bőr alá; egy hét múlva megismétlendő ez az adag és egy további hét, azután meg 4—4 nap múlva 20 centigrammot kell adni, úgy hogy egy hónap alatt az elfogyasztott atoxyl mennyisége 1 gm.; ezután hosszabb szünetet tartunk. Könnyebb esetekben elegendő hetenként 10 centigramm atoxylt befecskendezni. (Berliner klinische Wochenschrift, 1907. 28. sz.)

#### Sebészet.

Az appendicitis kérdéséhez szolgált adatokat különös tekintettel a therapiára Moschcowitz a new-yorki Mount Sinai Hospital sebészeti osztályáról. Az appendix vermiformis megbetegedését 2000 esetben észlelték és a kór jelentkezése szerint 26 megbetegedési formát különböztetnek meg. Az esetek 5%-át nem operálták, egyfelől mert a beteg a műtétbe nem egyezett, másfelől mert az általános állapot nem engedte meg a beavatkozást. Az operatív halálozás 1899—1902-ig 17%, az 1903—1906 években 5.6%-o volt. A legfiatalabb operált beteg 2 éves, a legidősebb 73 éves volt. 1015 esetben, tehát az esetek több mint felében a betegek több rohamon estek át. Az intervallumban végzett műtét 0.65%-o halálozással járt. Az egyes kórformák szerint a következőleg alakulnak a számok:

1. *acut katarrhális appendicitis* operált eseteinek száma: 213; meghalt 2 = 0.7%o;

2. *subacut katarrhális appendicitis* eseteinek száma: 26; halálozás nem volt;

3. *chronikus katarrh. appendicitis* operált eseteinek száma: 428; meghalt 3 = 0.6%o;

4. *acut catarrh. app. tályoggal* operált eseteinek száma: 85; meghalt 8 = 9.4%o. Ide azon esetek tartoznak, a melyekben a féregnyújtvány nyálkahártyájának épsége mellett is extraappendiculáris tályog fejlődött;

5. *appendiculáris tályog* operált eseteinek száma: 83; meghalt 2 = 2.4%o. Ide azon esetek tartoznak, a melyekben a féregnyújtványt nem távolították el s így annak állapota ismeretlen. Ez esetek száma állandóan csökken, mert „fokozódó merészséggel” mindinkább kivétel nélkül távolítják el a féregnyújtványt;

6. *acut gangraenás appendicitis* operált eseteinek száma 193; meghalt 11 = 5.6%o. Ide azon esetek tartoznak, a melyekben a nekrosis még nem vezetett perforatorra;

7. *acut gangraenás appendicitis tályoggal* operált eseteinek száma 186; meghalt 16 = 8.5 %o;

8. *acut gangraenás perforáló appendicitis* operált eseteinek száma 25; meghalt 3 = 12%o;

9. *acut gangraenás perforáló app. tályoggal* operált eseteinek száma 216; meghalt 15 = 6.9%o;

10. *acut gangraenás perforáló app. multiplex tályoggal* operált eseteinek száma 9; meghalt 3 = 33.3%o;

11. a *féregnyújtvány empyemája* miatt 65 esetet operáltak halálozás nélkül;

12. *gangraenás empyema* miatt 22 esetet operáltak; meghalt 1 = 4.5%o;

13. *acut gangraenás vagy perforáló app. a vakbél gangraenájával* operált eseteinek száma 6; meghalt 2 = 33.3%o. Kis terjedelmű vakbélhalás esetén az afficiált rész kimetszését és varratot végeztek, nagyobb terjedelmű nekrosis esetén pedig anus praeternaturalist készítettek, melyet másodlagosan zártak;

14. *acut gangraenás vagy perforáló appendicitis a mesenterium thrombosisával* operált eseteinek száma 15; meghalt 4 = 26.6%o. Ezen esethez számítják azokat, a melyekben nem a mesenteriolumban, hanem a mesenteriumban jelentkezett nagyobb kiterjedésű thrombosis. Ez nagyon súlyos szövödmény, mert 1. a megfelelő bélrészlet nekrosisos lehet; 2. mert a thrombosis a portális vénák nagyobb ágaiába betérjedhet; 3. emboliák keletkezhetnek; 4. általános sepsis könnyebben jelentkezhetik;

15. *acut gangraenás vagy perforáló appendicitis a mesente-*

*rium thrombosisával és pylephlebitissel* operált eseteinek száma 7; meghalt 6 = 85.7%o;

16. a *féregnyújtvány tuberculosis* miatt 2 esetet operáltak halálozás nélkül;

17. *actinomykosis* miatt egy műtét történt gyógyulással;

18. *appendicitis cum peritonitide* operált eseteinek száma 322; meghalt 129 = 40%o. A peritonitist legtöbbször a *bact. coli* okozta; a legsúlyosabb hashártyagyulladás formát a *streptococcus* fertőzés váltotta ki;

19. *carcinoma* miatt 6 műtét történt gyógyulással. Jellemző az appendix rákjára, hogy fiatal egyéneknek (20—30 év) fordul elő, s hogy metastasist nem okoz; a tünetek az idült appendicitisével megegyeznek;

20. *fibroma* miatt 2 műtét történt halálozás nélkül;

21. *diverticulum* miatt 2 műtét volt gyógyulással.

Ezen nagyszámú eset alapján a therapiára nézve a szerző a következő álláspontot foglalja el: minden appendicitis-esetet minél előbb meg kell operálni; minden beteg, a ki egy rohamon már átesett, az intervallumban operálandó. Acut esetekben a Sonnenburg-féle metszést, idült esetekben a pararectális behatolást végzik, újabban még az acut esetekben is ajánlják a pararectális metszést. Az appendix primaer úton mindig eltávolítandó. Drainaget végeznek peritonitis, extraappendiculáris tályog, perforáló és gangraenás appendicitis eseteiben. Drain gyanánt guttapercha protektívbe csavart plajbászvastag steril gazeecikot használnak; a protektív meggátolja a belek és a drain közti összenövést. Peritonitis eseteiben sem tartja czélszerűnek az öblítést. Peritonitis eseteiben a betegek az ágyban a Fowler-féle helyzetet foglalják el, a mely a Trendelenburg-féle helyzetnek ellentéte, így a medenczében meggyűlő izzadmány gyorsabban felszívódik. Harmadik nap a betegeknek székletétéről gondoskodnak 0.20 calomel segélyével 6 részre osztva. Bélsársipolyt mint szövödményt 58 esetben észleltek, ezek közül 49 spontán záródott. A behatolás lehetőleg kis terjedelmű legyen; a hasfal rétegesen zárandó. (Archiv f. klin. Chirurgie, 1907. 82. k. 3. f.)

Steiner Pál dr.

A medulláris érzéstelenítés körül a zwickaui közkórházban (Prof. Dr. Braun) szerzett tapasztalatokról referál Kurzwelly. Érzéstelenítő szerként az alypin szolgált 5%-os oldatban, többnyire suprareninnal, egynehányszor adrenallinnal illetve homorenonnal kombinálva. 0.5 alypin még laparotomiáknál is elégségesnek bizonyult. Az érzéstelenítés 323 eset közül 20-ban (6.2%o) egyáltalán nem állott be, 31 esetben elégtelen volt (a peritoneum vongálása, vagy a bőrvarrat fájdalmas volt). 272 esetben (84.2%o) az analgesia minden tekintetben kielégítő volt. Mellékhatást 109 (32.7%o), utóhatást 90 (27.9%o) esetben észleltek. 150 betegnél (46.4%o) volt az anaesthesia lefolyása minden mellék- és utóhatástól ment. Hat esetben súlyosak voltak az utóhatás tünetei: szívgyengeség, légszomj, apathia, eszméletlenség, nagy nyugtalan-ság. Tartós hűdések nem észleltek. A gerincvelőérzéstelenítés után beállott három haláleset közül egy a rovására irandó. Komplikált lábszártörés elláthatása végett a 49 éves erős férfinál 0.05 cgm. alypin-suprarenint fecskendeznek a durális zsákba, 10 percz múlva collapsus. A pulsus exitantiákra javul, de a légzés csakhamar teljesen kimarad. A szív még órákon keresztül működik. Négy óra hosszat mesterséges légzés eredmény nélkül. Kiemelendő, hogy több ízben észleltek postoperatív tüdőcomplicatiót gerincvelőérzéstelenítés után, a mit a referens saját tapasztalataival is megerősíthet. Diabetesben két ízben súlyos, egy esetben halálos coma támadt a gerincvelőérzéstelenítéssel végzett műtét után. (Bruns, Beiträge zur klin. Chirurgie, 54. k. 3. f.) Li.

A női emlő sarkomájáról értekezik Finsterer a Hoehenegg-klinikáról, a hol ezen kórkép 46 esetben fordult elő. A betegek kora 17—50 év közt váltakozott. Traumát az esetek 6.7%o ában sikerült mint kórokozó tényezőt kimutatni. A sarkoma általában lassabban fejlődik, mint a rák; míg a rák átlagos fejlődési ideje 16.2 hó, addig a sarkomáé 25—28 hó; kivételt a gömbsejtes sarkoma képez, a melynél az idő 9.4 hó. A végleges gyógyulást illetőleg legkedvezőbb a cystosarkoma, legrosszabb prognosist nyújt a gömbsejtes sarkoma. Sarkoma eseteiben is a ráknál szokásos radikális műtéti eljárás ajánlatos. (Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1907. 86. k.)

Steiner Pál dr.



## Orthopaedia.

A nagy trochanter lépcsőszerű osteotomiáját ajánlja a *coxa vara korrígálására* Bayer C. (Prag). A műtét a csontnyak lefelé görbülése következtében erősen adduktált ccomb abductio helyezésére van hivatva. Az eddigi műtéti eljárások többé-kevésbé az osteotomia által teremtett új szögbetörés segítségével kompenzálják a ccombnyak deformitását. A Landerer és Hoffa által ajánlott ferde síkban végzett osteotomia teszi még leginkább lehetővé az átvéselt felületek érintkezését nagyobb területen, az átvéselt ccombcsont hosszirányban eltolása mellett is. Bayer az átvésést teljesen a frontális síkban végzi a nagy trochanteren át, mely síkra derékszögben, a kis trochanter alatt, az átvésés által hosszirányban ketté osztott proximális ccombcsontvég hátulsó részét a horizontális síkban szétválasztja. A műtét után a ccomb a legnagyobb könnyedséggel abdukálható. (Zentralblatt für Chir. und mechanische Orthopaedie, I. k., 5. f.) *Kopits dr.*

A vállizület merevségének gyógykezelése címen megjelent cikkében *Kölliker* tulajdonképpen a kar adductio helyzetben merevségének az elkerülésére ad jó tanácsokat. A vállizület sérülései és gyulladásai után a leggyakoribb functionális zavar a kar oldalraemelésének, abductiojának az akadályozottsága. Ennek az az oka, hogy a vállizület fixálása alatt a kar rendesen teljes adductioiban van, a mi által az izületi tok hónalji részén rándásokba szedődik s ha elég sokáig tart a fixálás, zsugorodik. Ennek a kikerülésére két út van: az egyik, hogy a kart adductioiban nagyon sokáig ne fixáljuk, hanem korán kezdjük meg a passiv mozgásokat; a másik, hogy a vállizület rögzítésénél a kart a hónaljba tett vattapárnára vagy vánkossal segélyével tartjuk távol a törzstől. (Zentralblatt für Chir. und mechanische Orthopaedie, I. k., 5. f.) *Kopits dr.*

## Húgyszervi betegségek.

Pancystoskop névvel *T. Baer* egy olyan hólyagtüköröt szerkesztett, a mely egyrészt minden diagnostikai célnak megfelel, másrészt arra is alkalmas, hogy a szem ellenőrzése mellett azon keresztül kisebb endovesicális műtéteket is végezhesen. Maga a cystoskop az egész operatio alatt a hólyagban marad, a tubusnak megfelelő türegén keresztül azonban az épen szükséges műszert változtatni lehet. Ezzel a tükörrel a hólyagot egyszerű és retrograd irányban jól meg lehet figyelni és ezzel egyidőben a legkülönbözőbb eljárásokat: ureterkatheterismust (akár egy-, akár egyszerre mindkét oldali), irrigatiót, evacuatiót fogatosítani és a tubuson át betolható kis fogók és kaesok segélyével endovesicális műtéteket is lehet végezni. További előnye még az, hogy a műszernek egyszerű, sima felületű alkotórészeit, a melyek az esethez képest minden irányban kombinálhatók, teljesen megbízhatóan lehet sterilizálni. (Zeitschrift für Urologie, I. k. 6. füzet.)

*Drucker Viktor dr.*

A húgyutak lobja ellen az uropuralt ajánlja *G. Haedicke*. Ezzel a gyógyszerrel, a mely a fol. urae ursi hatóanyagából készült, a legszebb eredményeket a hólyaghurutnak akár kankós eredetű, akár gümőkórón vagy tabesen alapuló eseteiben érte el, de az uropoëtikus rendszer másféle — strictura, prostatahypertrophia, tumor — lobos bántalmában és a bakteriuriában is sikerrel alkalmazta. Az uropuraltabletták négy alakban kerültek forgalomba: az első számú készítmény az extract. ur. ursi sicc.-ból 6.25 gm.-ot tartalmaz, a második számú még 0.25 gm. salolt, a harmadik 0.25 gm. hexamethylentetramint és a negyedik 0.25 gm. acid. aceto-salicyl.-ot. (Monatshefte für prakt. Dermatologie, 1907.)

*Drucker Viktor dr.*

A húgycső prostatarészában beékelte ureterkő érdekes esetét közli *E. D. Haeneus*. A 45 éves egyénnek a vizelete hirtelen megakadt a nélkül, hogy a beteg előzőleg bármikor hólyagfájdalomról vagy vesekólikáról panaszkodott volna. A kutaszszal egy a pars prostaticában ülő idegen testet lehetett kitapintani, a mely másnap — egy hosszúka uratkő alakjában — a vizelettel spontán kiürült. A húgycső az alakjáról ítélve bizonyára az ureterben formálódott. (Annales des mal. des org. génito-urinaires, 1907, 5. füzet.)

*Drucker Viktor dr.*

## Venereás bántalmak.

A merгал használatáról a syphilisben ír *Kanitz dr.*, a kolozsvári bőrbeteg-klinika segédje. A merгал a cholsav higanyoxydsója, a melyhez tanninalbuminatot adnak. Puha, rugalmas capsulákban jön a kereskedésbe, a melyeknek mindegyike 0.05 hydrargyrum cholicum oxydatumot és 0.10 albuminum tannicumot tartalmaz. Eleinte 3 capsulát vesz be a beteg naponként, majd lassanként napi 8—12 capsuláig emelkedhetni. A szerző 40 beteg tette ezen szerrel kísérleteket, a melyeknek eredményét a következő három pontban foglalja össze: 1. A merгал biztosan és erősen hat a syphilis különböző nyilvánulásaira. 2. Használata mellett rendszerint nem jelentkeznek súlyosabb szövödmények és mellékhatások. Különösen kiemelendő, hogy súlyosabb, a higany további belső használatát tiltó bélzavarokat és ezekkel összefüggő kólikát és hasmenést nem igen okoz. 3. A mergallal gyógyítás egyszerű, fájdalommentes, kényelmes, nem zavarja a betegek életmódját és hivatását és — a mi sokszor fontos — észrevétlenül folytatható. A mi a merгал használatának javait illeti: igaz ugyan, hogy a mergallal sokkal nagyobb mennyiséget tűrve el a szervezet, mint a többi belső antisiphiliticumból, sokkal erősebb higanyhatás létesíthető; úgynevezett főkúra gyanánt azonban ez idő szerint jó lesz még a higanybedörzsölés és befecskendezés mellett megmaradni, főleg akkor, ha a jelenlevő tünetek gyors hatást tesznek szükségessé. Az enyhébb mellékkúrákra azonban nagyon jól használható a merгал, sőt fentebb jelzett kedvező sajátosságai miatt (kényelmesség, tisztaság, feltűnés nélkül alkalmazhatóság) előnyben részesítendő. Jó szolgálatokat tehet továbbá a merгал azokban az esetekben, a melyekben a kenő- vagy injectiós kúra a beállott kellemetlen mellékhatások miatt nem folytatható, vagy pedig a betegnek életviszonyai lehetetlenné teszik a kenő- vagy injectiós kúra használatát. Javalt végül a merгал az úgynevezett parasyphilis betegségeiben, tehát a tabesben és a paralyisben. (Dermatologische Zeitschrift, 14. kötet, 7. füzet.)

A syphilisnek arsenkezeléséről tartott előadást *O. Rosenthal* a berlini orvosegyesület július 3.-i ülésén. Ismeretes, hogy újabban az atoxyl nevű arsenkészítményt kezdik ajánlani a syphilis ellen. Minthogy azonban ezen szer használata mellett már eddig is több súlyos mérgezést láttak, a mi talán arra vezethető vissza, hogy az atoxylból a szervezetben eddig még ismeretlen okokból nagyon változó mennyiségű arsen hasad le; s minthogy másrészt az atoxylnak anilin-componense úgy látszik hatástalan: az előadó megkísérelte syphilis eseteiben a tiszta arsenessav-befecskendezéseket, még pedig gyorsan fokozódó adagban. 2%-os oldatot használ, a melyből első alkalommal  $\frac{1}{10}$  köbcentiméternyit (2 milligramm arsenessav) fecskendez a bőr alá és minden harmadik napon  $\frac{1}{10}$  köbcentiméternyivel (2 milligramm arsenessavval) többet ad; a legmagasabb adag 1 köbcentiméter volt, de erre a mennyiségre úgylátszik nincs is szükség. Az eddigi eredmények nagyon biztatók. (Berliner klinische Wochenschrift, 1907. 28. szám.)

## Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Pruritus analis ellen *Sabouraud* a következő kenőcsöt ajánlja: Rp. Lanolini, Picis liquid. aa 5.0; Vaselini 20.0; Zinci oxydati 7.0. (Journ. de méd. prat. 1907. 19. sz.)

Ismétlődő furunculosis ellen *Sabouraud* zincum sulfuricumot fűrdőket ajánl. Teljes fűrdőbe 30 gramm zincum sulfuricumot teszünk és ebben a fűrdőben ül a beteg 30 percig, miközben a testét gummiszivacsosál dörzsöli. Az ilyen fűrdő hetenként 3-szor veendő. 6—10 fűrdő után többnyire megszűnik a furunculusképződés, de azért célszerű még ezután is néhány héten át folytatni a fűrdőket. Nagyon száraz bőrű egyének számára csak 15 gramm zincum sulfuricum veendő egy fűrdőre. (Ref. Die Heilkunde, 1907. 7. füzet.)

A vörhenyes veselob megelőzése céljából *Thompson* a betegségnek első három hetében csupán tejet és teljes ételeket enged meg és ágyban tartja a beteget. Nagy gond fordítandó a szájnak és a toroknak a tisztántartására, a bőrműködést pedig gyakori lemosásokkal, esetleg langyos fűrdőkkel fokozni kell. A



betegség kezdetétől fogva urotropint ad, átlag  $\frac{1}{3}$  grammos adagban naponként háromszor. (Edinburgh medical journal, 1907. február.)

**Zárt csontgümőkör gyógyítására** *Ingianni* 10%-os jodoformolajnak vagy guajacolos jod-jodkaliumoldatnak befecskendezését ajánlja a rarefikálódott csontszövetbe. A befecskendezés 8–10 naponként ismétlődő. A szerző eddigi eredményei nagyon jók. (Ref. Semaine médicale, 1907. 25. sz.)

**Stomatitis mercurialis ellen** *Meissner* a formamint-tablettákat ajánlja, óránként használva. A naponként reggel és este, valamint minden étkezés után végzendő fogtisztításkor szájbli-tésre aluminium aceticum és hydrogensuperoxyd oldatát rendeli. (Therapie der Gegenwart, 1907. 7. füzet.)

### Magyar orvosi irodalom.

**Klinikai füzetek**, 1907. 7. füzet. *Bauer Kálmán*: A degenerációs idegbajok kémiai ellenőrzéséről.

**Gyógyászat**, 1907. 30. szám. *Dobrovits Mátyás*: Lépfene-esetek Pozsonyban. *Papp Gábor*: 1. Villamos beöntés. 2. Sebészi vörheny. 3. Az Achilles-in lobja.

**Orvosok lapja**, 1907. 30. szám. *Hudovernig Károly*: Az elmebeteg elmegyógyintézeti elhelyezése.

**Budapesti orvosi újság**, 1907. 30. szám. *Fáykiss Ferencz*: Az ütőerek varratai. *Tauszk Ferencz*: Az Okoliesányi-Kuthy-féle „Steril” köpetfertőtlenítő. „Sebészet” melléklet 3. szám. *Pólya Jenő*: Adatok a mesenterialis sarkomák műtéveséhez. *Milkó Vilmos*: A hassérülések korai diagnózis. *Fischer Ernő*: A csonttöréseknek Bardenheuer-féle extensiós kezeléséről. *Pozsonyi Jenő*: Terhesség és appendicitis.

### Vegyes hírek.

**Kinevezés.** *Szontagh Adolf* dr.-t a zalatnai m. kir. főbányahivatalhoz bányakerületi főorvossá, *Kádár Antal* dr.-t pedig a nagybányai m. kir. bányagazgatósághoz bányafőorvossá nevezte ki a pénzügyminister. — *Papp Samu* dr. alsótátrafüredi fürdőorvost Szepesvármegye főispánja tiszteletbeli megyei főorvossá nevezte ki. — *Czakó Zsigmond* dr.-t a magyar királyi államvasutak debreczeni kerületébe szülészeti és nőgyógyászati szakorvossá nevezték ki.

**Választás.** *Steiner Sándor* dr.-t Tiszaörsön körorvossá, *Székely Manó* dr.-t Mezőricson körorvossá és *Momirovics Dusan* dr.-t Sztapáron községi orvossá választották.

**Megbízás.** *Schiller Vilmos* dr.-t és *Györi Izabella* dr.-t a belügyminister a budapesti állami szemkórháznál rendszeresített alorvosi állások teendőivel bízta meg két év tartamára.

**Szontagh Félix** dr. egyetemi magántanár lakását augusztus hó 1-én VIII. Baross-utca 21. sz. alá tette át.

**Kopits Jenő** dr., a Stefánia-gyermekkorház rendelő orvosa testgyenesítő intézetét VIII. Gyöngyűk-utca 14. sz. alá helyezte át.

A budapesti orvosi kör országos segélyegylete pénztárába befizettek: Alapítványt: Egyesült budapesti fővárosi takarékpénztár 100, Novotny Lajos dr. kir. tanácsos Budapest 100, Borbély József dr. Budapest 2000, IV. ker. orvostársaság 100, Stern Nándor Budapest 100 koronát. — 4–4 korona tagsági díjat fizettek: Abt Alfréd, Andreánszky Jenő, Adler Béla, Berkes Sándor, Bodor Fülöp, Berényi Gyula, Erdős Adolf, Féja Ferencz, Freund Ignác, ifj. Genersich Antal, Glasner Armin, Horváth Mihály, Hényi Károly, Haas Simon, Lányi Benedek, Lovrich József, Lányi Izó, Kaczander József, Moskovicz Ignác, Márkus Miksa, Munk Jakab, Nagy Imre, Polgár Károly, Popper Sándor, Róth László, Rozenauer Gusztáv, Stuehlik Tivadar, Schulmeister Márton, Schöndhal Mór, Schönfeld Mór, Szava Aladár, Thomka István, Wachsmann Oszkár, Varga Samu, Wassermann Sándor, Göbel József, Szathmáry István, Dabasi Ödön, Klein J., Moskovitz Miksa, Grün Jakab, Lang Frigyes, Kovalszky Ferencz, Bolgár Lőrincz, Serly Gusztáv, Stern Mór, Grünwald Elek, Engel Gábor, Székely Sándor, Klein Mór, Marer József, Kregezy Ottó, Budai Kálmán, Szőke István, Gárvó Aladár, Szabó Armin, Szirmay Vilmos, Perlesz Ede, Breuer József, Fischer Imre, Mladin Péter, Fekete Samu, Ladányi Mór, Weisz Mór, Mikó Géza, Krafft János, König József, Wollner Miksa, Tóth Gedeon, Nader Dezső, Panitius Romulus, Bojthár Ambrus, Kelemen Adolf, Schlesinger Samu, Ruber József, Bakó Péter, Firiczky János, Pécsvárady József, Reisz Mór, Jávör Béla, Müller Samu, Mangold Henrik, Schinpl János, Taussig Izidor, Balogh József, Déri Henrik, Moskovitz Sándor, Gottlieb Ede, Dobos Imre, Székely Miklós, Duchan János, Dabasi Márton, Frank Olga, Genersich Andor, Lorencz Hugó, Antal Illés, Bargár Béla, Balogh Dezső, Czónitzer Márton, Csellei József, Dach Sándor, Epstein Manó, Erdey Gyula, Erényi Béla, Fejér Gyula, Fábán Béla, Flesch Nándor, Fried Samu, Frenreisz Ferencz, Gebhardt Ferencz, Hönig Izó, László Frigyes, Királyi Armin, Kovács Samu, Klar Manó, Mohr Mihály, Maros Mór, Sági Lajos, Steinberger Armin.

**Kiseb hírek külföldről.** *E. Payr* dr. gráci rendkívüli tanárt a greifswaldi egyetem sebészeti tanszékére hívták meg. — A gráci egyete-

men megürit dermatologiai tanszékére *R. Matzenauer* dr. van kizemelve. — A szentpétervári gyermekorvosok társulata november 10.-én ünnepli *Rauchfuss* dr. szentpétervári híres gyermekorvos 50 éves orvosi jubileumát. — *H. Koeppe* dr.-t Giessenben a gyermekorvoson, *Lubosch* dr.-t Jenában pedig a boncolóstan rendkívüli tanárává nevezték ki.

**A röntgenezés új módjáról.** A német physikai társaság egyik legutóbbi ülésén *Dessauer* a Röntgen-sugarak alkalmazásának új módját ismertette, a mely talán lehetővé fogja tenni a test belsejében lévő szervek (pl. daganatok) röntgenezését is a felületen fekvő képződmények bántalmazása nélkül. Az új eljárásnak az a veleje, hogy a Röntgen-csővek a betegről olyan távolságban állíthatnak fel, hogy az x-sugarak a testen áthatolva, energiájukból alig vesztenek valamit. Ennek az eszmének a gyakorlati keresztülviteléhez azonban két dologra volt szükség: először igen erősen sugárzó, kemény csövekre, másfelől pedig olyan csövekre, a melyeket hosszú ideig lehet sugározni, mert a szükséges röntgenezés ideje a tárgy távolságának négyzetével növekszik. *Dessauer* ezt úgy érte el, hogy magas feszültségű váltakozó áramot alkalmazott, a melyet szelepkészülékkel úgy osztott el két egyidejűleg működő Röntgen-csőre, hogy mindegyikre csak az egy-egy irányú áram összes phasisai jutottak. Ily módon a Röntgen-cső élettartamát az eddigi 40 órától 250 órára sikerült fokoznia, napi 8–10 órai szakadatlan használat mellett. Az ilyen csöveket 4–5 m. magas szoba tetején kell megerősíteni, a beteg pedig majdnem a padló színvonalán, csak néhány centiméter magas kereveten fekszik. A Röntgen-sugarak ezen alkalmazásmódja sokkal enyhébb, mint az eddigi eljárás, a beteg alig veszi észre, hogy röntgenezik, de viszont nem helyi hatású, hanem az egész szervezetre hat s úgy látszik hatását azáltal fejtí ki, hogy a vérben és a szövetekben bizonyos védőanyagok termelését hozza létre.

**Osler tanár az orvosokról.** Osler tanár, az ismert angol klinikus, kinek okos és szellemes nyilatkozatait Angliában és Amerikában nagyra tartják, s ki szeret is a nyilvánosság előtt szerepelni, július 4.-én a londoni női orvosi iskola (School of Medicine for Women) hallgatói előtt tartott beszédében tapasztalatai alapján kedvezően nyilatkozott a nőknek az orvosi pályára való hivatottságáról. A nők különösen mint nőorvosok és gyermekorvosok érvényesülhetnek, míg az általános praxis a vele járó sok inconvenientia miatt nem való a nőknek. Nagy baj az, hogy maguk a nők nem bíznak a női orvosokban, s ez oly tény, a melyet komolyan számba kell venni, s a melynek megszüntetésén tervszerűen kell dolgozni; fontos tényező e tekintetben, hogy a nők már orvostanhallgató korukban s később is magaviseletükben kellő komolyságot tanúsítsanak. Hálás munkakör nyílik a női orvosok számára a tudományos laboratóriumokban, továbbá a különböző sanatóriumokban és menedékhelyekben s különösen az elmeorvóházakban, hol a női osztályok vezetésére a nők első sorban hivatottak. Az a nő maradjon távol az orvosi pályától, a ki e pályát csak kereseti forrásnak tekinti s annak az ideális oldalát nem érzi át.

**„Fasor” (Dr. Herczel-féle) sanatorium.** Ujonnan épült magán-gyógyintézet sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek részére, Budapest, VII., Városligeti fasor 9. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitűnő ellátás. — Telefon. — Mérsékelt árak. — Kívánatra prospektus.

## Vízgyógyintézet

„Fasor” (Dr. Herczel-féle) sanatoriumban, Budapest, VII., Városligeti fasor 9. Egész éven át nyitva bejáró és bennlakó betegek számára. Vízgyógykezelés, masszázs, elektroterápia, villamos fényfürdők, szénsavas fürdők. Állandó orvosi felügyelet. — Mérsékelt árak. — Kívánatra prospektus. Telefon. Rendelő orvos: **Dr. Jakab László.** 2513

## JUSTUS Dr. bőrbajosokat gyógyító intézete.

Budapest, IV., Károly-körút 14. Fürdők, sugaras gyógyítás, physikális gyógykezelések.

**Orvosi laboratórium:** **Dr. Mátrai Gábor** v. egyetemi tanársegéd. **Andrássy-út 50** (Oktogon-tér). Telefon 26—96.

**Kopits Jenő dr.** testgyenesítő intézetét VIII., Gyöngyűk-utca 14. sz. alá (Rókus-kórház közelébe) helyezte át.

**SZÉCHENYI-TELEPI SANATORIUM** az Erzsébet királyné-úti villamos végállomásánál ideg- és kedélybeteg, alkoholisták, morfinisták számára. Vezető orvos **Salgó Jakab** dr., egyet. m.-tanár, ki városi rendelőjén is szolgál felvilágosítással. Prospektus. Sörgöny: Budapest. Telefon 79—72. Posta Rákospalota. 1703

**DR. RINGER** elme- és kedélybeteg gyógyintézete nők és férfiak részére. Budapest, I., Lenke-út (kelenföldi villamos megálló).

**ERDŐS JÁNOS DR.** az élvezeti szerektől (alc., nic., coff.) származó betegségek szakorvosa **Rákos-Szt.-Mihály, Remény-utca 5. sz. A.** Rendel. délután 4—6.

**Dr. WIDDER BERTALAN** operateur testgyenesítő (orthopédia) intézete csont- és ízületi (tuberculosus, angolkóros, rheumás, elgöbült) betegeknek. Budapest, IV., Kossuth Lajos-utca 19. Magyar-utca sarok. Rendel: délelőtt 11—12-ig, délután 3—5-ig. Szegényeknek díjtalanul.

**ERDEY DR.** Budapest, IX., Bakács-tér 10. 1415/3109 SANATORIUM. Nőbetegek és szülők részére.

**SIPOS DEZSŐ dr.** rend. **KARLSBADBAN.** Markt, Haus, Prinz von Wales.

**WEISZ EDE DR.** póstyéni intézete.

Modern kényelem, Röntgen, Zander stb. Mérsékelt árak.



## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

**Tartalom.** A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya. (V. ülés 1907 május hó 8.-án.) 566. l. — Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egyesület Nagyváradon. (1906. évi október hó 1. én tartott szakülés.) 567. l. — Erdélyi Múzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya. (VI. ülés 1907 március hó 9.-én.) 568. l. — Személyes külföldi tudományos társulatok üléseiből. 569. l.

## A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(V. ülés 1907 május hó 8.-án.)

Elnök: Dollinger Gyula. Jegyző: Winternitz M. Arnold.

### 1. Manninger Vilmos: A tetanus prophylaxisa és gyógyítása.

A tetanusantitoxin gyógyító hatását az eddigi statistika nem tudta megállapítani. Nincs ugyanis biztos adatunk arra, hogy antitoxin nélkül mekkora a halálozás. Rose és Richter 88 és 96%-ot talált. Ezzel szemben az előadó összeállította 6 nagyobb gyűjtőstatistika anyagát, melynek halálozási százaléka (1805 eset) = 36%. Ha ez utóbbival vetjük össze az antitoxinnal kezelt esetek halálozási százalékát (41.2%), az ítélet alig kedvez a vérsavókezelésnek. A statistika ingatag voltát az egyes országokban fejlődő tetanus virulentiájának ingadozásából magyarázhatjuk csak.

Az antitoxin gyógyító hatásának csekély értékét legjobban bizonyítja a német sebészársaság múlt évi vitája, a melyen hét nagy személyes tapasztalattal rendelkező észlelő kimondotta a serumkezelés csődjét. Az előadó 14 magaészlelte eset kapcsán csatlakozik e nézethez.

A körelőző oltás értékéből sokat levonnak azok az esetek, a melyekben ennek ellenére kifejlődött a tetanus. Ilyen esetet az irodalomból 18-at gyűjtött, végül egy esetet az előadó is észlelt. Ez eset kórtörténetének ismertetése után a 19 eset lefolyásából arra a következtetésre jut, hogy ép ezek az esetek szólnak világosan a serum körelőző értéke mellett, feltűnő ugyanis, hogy a tetanus az esetek túlnyomó számában igen későn, hetekkel, néha hónapokkal később jelentkezik. Az esetek javarészában a megszokott kép helyett lassú lefolyású, neuralgiás vagy fordított típusú, inkább csak tonikus göresök jellemezték a kórképet.

Összefoglalva a praeventiv oltásokról mondottakat:

1. A praeventiv oltás ez idő szerint a legjobb eszköz arra, hogy a tetanus mortalitását csökkentsük.

2. Az eddigi módszerrel (10 cm<sup>3</sup> serum egyszeri adása) nem sikerül minden esetben a tetanus kifejlődését megakadályoznunk. Az esetek túlnyomó részében azonban a tetanus lefolyása kedvező (hosszú incubatio, chronikus lefolyás).

3. A jövőre vonatkozólag a következő ajánlatot teszi:

a) Ne alkalmazzunk tisztán antitoxikus serumot (francia), hanem egyszersmind baktericid serumot (német serum).

b) Oltunk 2-szer esetleg 3-szor (lázás lefolyás, súlyos vegyes fertőzés). Első alkalommal 50 AE., egy hét múlva 25 AE., esetleg egy hét múltán még újabb 25 AE.

A gyógyító hatás eddig észlelt értéktelenségét az újabb vizsgálatok eredményeiből igyekszik magyarázni. A hatástalanság okai a következők: 1. későn adtuk a serumot; 2. nem elég nagy adagban, és 3. nem a kellő módon.

A bőr alá adott serum lassan szívódik fel (24—40 óra). Súlyos esetekben elkészünk ez úton. A vénába fecskendett serum gyorsan válik ki, ezért meg kell ismételni az injectiót. Az agygerincvelő üregébe (intracerebrális és intradurális injectio) adott serum az agysejtekre nem fejtheti ki hatását, mert ezek meg nem kötők. Az egyetlen út, melyen friss esetben kilátás van arra, hogy az idegpályák mentén felszívódó mérget sikeresen megköthessük, az intraneurális injectio. A felső végtagon a plexus brachialisba, az alsó végtagon a cauda equinába kell befecskendezni. Az utóbbira a laminectomiát ajánlja. Az intraneurális injectio mellett a vénába is jó adni serumot az esetleg már keringő mérget megkötésére.

Schossberger Sándor (mint vendég): A Stefánia-gyermekkorház tetanus-statisztikájával foglalkozik. Összesen 21 serummal kezelt esetről számol be. Ezeknek nagyobb részét, 12-öt, 1903-ban Fleisch állította

össze és arra az eredményre jutott, hogy összefoglaló statistikákban a tetanus neonatorum és a tetanus infantum a felnőttek tetanusától külön vezetendő, mert a gyermekkorú tetanus általában véve, különösen pedig a tetanus infantum, sokkal jobb prognosist nyújt, mint a hogyan általában hiszik. Fleisch ezen következtetését a hozzászóló újabb tapasztalatai alapján megerősítheti. 21 eset közül 11 volt tetanus neonatorum, 10 tetanus infantum. Az előbbiekből közül 6, az utóbbiak közül 2 halt el. A serum-kezelés előtt a tetanus infantum halálozási arányszáma a gyermekkorházban 50% volt, a mostani 20% tehát határozott javulást jelent. Másoknak tapasztalatai is ezt bizonyítják, ha a statistikákból a tetanus infantum-eseteket különválasztjuk (Engelmann 16.66%; Köhler 18.18% illetőleg 9.09% halálozás). Vajon a kedvező prognosist minek tulajdonítandó és hogy megbízható-e a serum hatása, nehézz eldönteni. Talán abban kereshető a magyarázat, hogy a mint azt az előadó kiemelte, a gyermekkorban a súlyos sebészi tetanusok általában ritkábbak és hogy az incubatio időszaka, a mennyiben megállapítható, általában hosszabb. E két tényezővel természetesen a gyermekkorú tetanus prognosissában is számolnunk kell. Az antitoxint lehetőleg korán, első adagként 100 E. mennyiségben subcutan alkalmazták. Intracerebrális avagy subdurális bevitelt nem kíséreltek meg. Egy esetben, melyben a tetanus nyílt lábszártöréssel kapcsolatban rövid incubatioval jelentkezett, Winternitz a ki-prae-parált n. ischiadicus hüvelyébe fecskendezte be a serum egy részét, a maradékot pedig a sebbe. Az eset néhány órával az injectio után halállal végződött.

Detre László: Elméleti szempontból a Manninger álláspontját teljesen elfogadja. Ha a tetanus-serumot az idegbe, intravenósan, subcutan alkalmazzuk, nem tettünk eleget. Ha a helyi gócot bármiképp kezeljük is, nem tudjuk kizárni, hogy ott valami infectio ne maradt legyen. Az idegbe és sebbe vitel határozottan hatásosabb.

Manninger Vilmos: Schossberger esetei az egyik postulatum megerősítésére szolgálnak. A tetanus neonatorum aránylag jóindulatú betegség és az első 12 eset 50% mortalitása azt mutatja, hogy nem tetanus acutissimus, hanem lassú lefolyású betegség. De az antitoxin mennyisége is relatív óriási, 3 1/2 kgm. súlyú gyermekre 100 E. A serum hatása 20%-ra szállítván le a mortalitást, ez igen öröndetes esemény. A technika is kedvező befolyást gyakorol. Detre megjegyzése biztatás a szülő részére. A praeventiv oltás nem újsg. A francziák a száraz serumot hintik a sebbe és Behring is ajánlja egyik, 1898-ban megjelent közlésében. A seb környékébe is kell injiciálni.

### 2. Manninger Vilmos: A streptococcus-serum értékéről.

A streptococcus okozta fertőzés ellen eddig használt serumnak két nagy elméleti hibája volt. Az állatra virulens streptococcus ellen immunizált állat vérsavója emberre hatástalannak bizonyult, az emberi streptococcus meg állatot nem tud immunizálni állati streptococcus ellen. Ez utóbbi ok miatt a serum hatásos voltának mértéke nem állapítható meg.

E két hibán Aronson oly módon igyekezett javítani, hogy vegyesen immunizálta állatait állatra igen virulens streptococcus-sal és emberi streptococcus-sal. Az így immunizált állat serumát a szokott módon titrálhatta.

Kevés esetben próbálhatta ki az előadó e serumot (7 eset), mert magas ára a kórházban való alkalmazását igen megnehezíti. A 7 eset közül 1 meghalt (meningitis-szel párosult súlyos streptococcus-sepsis). Egy kiválik a sorból, mert utólag staphylococcusnak bizonyult, 5 gyógyult (2 streptococcus okozta peritonitis localisata, 2 erysipelas, 1 streptococcus okozta kiterjett subcutan infectio égés után). Az esetek száma igen csekély ahhoz, hogy belőlük a serum értéke felől nyilatkozni lehetne. Az azonban máris kimondható, hogy egészen kezdődő esetekben szinte elvágja az infectio terjedését. Az egyik orbánczos, a ki a rázóhideg után 12 órára kapta a serumot, 24 óra múlva láztalan volt, a súlyosnak ígérkező orbáncz megszűnt. Ehhez hasonló volt az 5. eset, a napokig 39—40° os hőmérsék másnap 2 1/2 fokkal esett (két ízben). A hasúri izzadmány az első befecskendezés után fájdalomtalanul vált. A defervescentia ez esetben a hőmérsék néhány óráig tartó emelkedése után állott be.

2 × 400 egység az első napon, majd, ha a tünetek nem javultak, másod-harmadnap még 400 egység volt az átlagos dosis. Két esetben egy injectiora gyógyult meg a fertőzés (kezdődő esetek).

(Folytatása következik.)



## Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természet-tudományi egyesület Nagyváradon.

(1906. évi október hó 1.-én tartott szakülés)

**Edelmann Menyhért dr.** megemlékezve Semmelweis halhatatlan érdemeiről, kéri, hogy Semmelweis iránti hódolatunknak régi szokáshoz híven felállással adjunk kifejezést. Ugyancsak megemlékezve Högyes Endre dr.-ról, indítványozza, hogy emléke jegyzőkönyvünkben megörökíttessék és a budapesti egyetem orvosi karának legmélyebb részvétünk kifejeztessék. Elfogadtatik.

**1. Barta Andor dr. Hydramnios-eset, részleges retroflexioval.** Az eset, a melyre különösen szeretném szíves figyelmüket felhívni, tanulságokban igen gazdag. A 25 éves fiatal asszony első ízben terhes, körülbelül fél időben gondolja magát. Utolsó menses idejét nem tudja. A magzatmozgásokat egy hét óta nem érzi s azóta beteg. Nem tud enni, gyakran hány, igen gyöngye, folytonos fejfájásai vannak, a végbél körül igen erős nyilaló fájdalmakat érez, vizelni mindig csak néhány csepptel tud, de igen sűrűn; két napja nem vizelt. Valaha, pár év előtt húgykővei voltak, melyektől ugyanitt, a biharmegyei kórház sebész osztályán műtét által szabadult. Azóta állítólag egészséges volt. Augusztus 14.-én vétette fel magát újra a kórházba. T=36.9, P=120, igen debilis, könnyen elnyomható. Igen gyöngén fejlett és táplált egyén. Subicterikus sclerák és bőr. Az emlőkben savó. A hasban egy feszes, vékonyfalú, igen kis hullámú fluctuatiót mutató tumor van, mely a medencéből indul ki, két ujjal meghaladja a köldököt, tompa kopogtatási hangot ad. Tapintásra igen érzékeny, benne magzatrészeket kitapintani nem lehet. Fölötte gondosan hallgatózva magzati szívhangok hallhatók. A nő az egész hasban és főleg a végbélben érzi a legnagyobb fájdalmakat. 2 × 24 óra óta állítólag semmit sem vizelt. Tüdők, szív szabadok. Mire pathognomikus ez az egész körkép? Vizeletrekedés, folytonos fejfájás, igen gyakori hányás, nemde az uraemia tünetei? De honnan az uraemia? A nő gravida, két napja nem vizelt. Abban a nagy, érzékeny, feszesen fluctuáló tumorban magzatrészeket tapintani nem lehet. A fala sem oly vastag, mint a gravid uterusé. A szívhangok mélyebbről is átvezetődnek. Mindenek szerint a gravid uterus retroversioban és flexioban incarcerálódott, elzárta nyomás által az urethrárt, innen a vizeletretentio, majd sűrűn egy pár csepp vizelet kiürülése, a mi már felül van a maximális hólyagkapacitáson: az ischuria paradoxa néven ismert tünet. Olyan-e annak a tumornak tapintata, mint a repedésig telt hólyag? Egészen olyan. Rendkívüli érzékenysége is a mellett szól. A gravid uterus nem szokott érzékeny lenni. Érhet-e a telt hólyag két ujjal a köldök fölé? Érhet, esetleg fölebb is. Származhatik-e így uraemia? A magára hagyott esetben mindig származik is. Tehát hajszálra egyezik minden.

No de lássuk, mit eredményez a vaginális vizsgálat. Livid hüvely, cylindrikus portio elül magasan, az ujj számára átjárható cervix egyenesen előre néz. Burok áll, azon át néha egy bizonytalan magzatrészt érezhető egy-egy pillanatig. A hátulsó hüvelyboltozat s a medence hátulsó két quadrans teljesen, egészen a medenczefalig kitöltve egy feszesen rugalmas resistenciával, melynek önállóságát bizton lehet konstatálni, de alakjában az uterus-corpust felismerni nem lehet. De hiszen az incarcerált méh odanő, a hol helyet talál. A portio felülete a hasi tumorra gyakorolt gyors ütést nem közli a vizsgáló ujjal. A belső vizsgálat tehát nyilvánvaló módon támogatja a felvett diagnózist. Mi a therapia első teendője? A nő két napja nem vizelt, tehát a hólyag kiürítése. Kemény női katheter néhány csepp vörös vizeletet hoz ki, majd nekrotikus hólyagnyálkahártyacsfatok tömnek el a katheter ablakát s több vizelet nem ürül. Tehát már a hólyag nyálkahártyája is elhalt. Szintén oly tünet, a mely a supponált folyamatba beletartozik. Talán rövid is ez esetben a női katheter, lehet hogy csak a hólyagnyakig ér. Hisz ilyenkor a hólyag kiszorul a kis medencéből a hasürbe, s az urethra kétszeresére is kihúzódhatik. Megkísérjük tehát puha, majd félkemény férfikatheterrel, de az eredmény mindig csak ugyanaz. Pár csepp bűzös, zavaros, nekrotikus csfatokkal telt vizelet, mely oly sűrű, hogy a katheterből alig folyik ki. De egy bizonyos távolságon (körülbelül 8 cm.-en) túl a katheter nem is

vezethető be. Mi lehet ennek az oka? Hogy a normális hólyag fundusába akadt volna, kizártnak látszott, hisz a puha kathetert teljesen bele is lehet vezetni a hólyagba, úgy hogy az odabenn összegömbölyödik. Valószínűbbnek látszott, hogy vagy álútba jutott a katheter, vagy talán a hólyagsphincter görcsét nem tudja legyőzni. Minthogy a katheterismus nem sikerült, indikálnak látszott a hólyag megnyitása punctioval vagy incisioval. Helyesebb az incisio, mert a punctio többé-kevésbé látatlanban való dolgozás, míg az incisionál a sebész mindig tudhatja, hogy miféle rétegben jár. A hólyagtájékat és környékét leborotválva tűnt csak elő a régi hólyagmetszés igen széles, szabálytalan hege, mely addig a sűrű szeméremszőrök között teljesen el volt rejtve. A hólyagba kemény kathetert vezetve s a bőrmetszés után rétegenként előhaladva kitűnt, hogy a katheter nincs álútban, hanem az erősen zsugorodott kis hólyag fundusában. A hasbéli nagy, feszes, fluctuáló hólyag, melyben magzatrészeket nem lehet kitapintani, hydramnionos uterus, ad maximum kitágítva a vélt időhöz képest, s a resistenciát, mely a medence hátulsó felét kitölti, tényleg az uterus partiális retroflexioja okozta. Mi okozza akkor az uraemiát s a fájdalmakat? A vizelet, melyet exacte vizsgálni nem lehetett, mert mindig csak néhány csepp ürült, vörös, bűzös és zavaros volt. Ez és a kiürülő nyálkahártyacsfatok arra a felvételre szorítottak bennünket, hogy a zsugorodott kis, heges hólyagban gangraenosus cystitis keletkezett, mely a vesékbe ascendálva idézte elő az uraemiát. Az incisio sebet egyesítve, a nőt ágyba tettük, cardiacumokat és diureticumokat adagoltunk, izzasztottuk, konyhasóinfúziót kapott, azonban mind hiába. A vesék elégtelensége semmi módon sem volt leküzdhető, s a nő az uraemia fokozódó tünetei között augusztus 16.-án elhalt.

Sajnos, hogy rendszeres kórboneczolat — külső okok miatt — nem volt végezhető, azonban sikerült a méhét, a hólyagot és a veséket megtekinteni, mi által az eset teljesen megvilágosodott.

A hashártya sima, fénylő, semmi elváltozást nem mutat. A méh tetemesen kitágítva és elvékonyodva, benne körülbelül 1 1/2 liter magzatvíz. A magzat nem macerált, friss, körülbelül a VI. hónap felel meg. Tubák, ovariumok rendesek. A hólyag igen kicsiny, zsugorodott, a bőrhegbe benőve. Nyálkahártyája sötét pikkosszerű, mállekony, igen bűzös. Mindkét vese valamivel nagyobb, egyenetlen, helyenként igen puha, majd göcsös tapintatú. Fel-metszve, belőlük bűzös-éves, ichorosus folyadék ürül, a veseparenchyma erősen megfogyott, a vesekelyhekben borsónyi-mogyorónyi kövek ülnek. Az egész a pyelonephritis calculosa tipikus képét mutatta.

Láttnivaló tehát, hogy az a nephrolithiasis, a mely már évek óta állott fenn, s a mely, minthogy a tipikus vesekölklika tünet-csoportját sohasem mutatta, már akkor is felfedezetlenül maradt, midőn a hólyagba másodlagosan lejutott kövek már a felső hólyagmetszést tették szükségessé, most ichorosus nephritissé fokozódott, az oliguria által az ischuria paradoxa képét, az anuria által a teljes vizeletretentio képét utánozta, majd véletlenül komplikálódván hydramnionnal, a consecutiv uraemia, a gangraenosus cystitis és az uterusnak tényleg fennálló partiális retroflexioja mellett bámulatatosan utánozta az incarceratio uteri gravidi tünetcsoportját.

Ismerve az első műtét pontos történetét, a mit persze a beteg és környezete meg nem adhatott, hogy t. i. a hólyagmetszés sebe per II. gyógyult, a hólyag nagyfokú zsugorodásával, úgy hogy a seb gyógyulása után a hólyag nem is nyerte többé vissza normális kapacitását, bár sokáig és kitartóan történtek kísérletek a hólyagcapacitás fokozására, ezen fontos adatokkal kezünkben bizonyára egy pillanatig sem gondoltunk volna arra, hogy a hydramniont hólyagnak tartsuk.

A legexactabb módon lett volna a diagnosis felállítható esetleg a cystoskop segítségével, mely — természetesen gyakorlott vizsgáló kezében — megmutatta volna a hólyag állapotát s feltűntette volna a mindkét ureterből ki-kibuggyanó vörös, ichorosus vizeletet. Ha t. i. a hólyagbéli tér elegendő lett volna a cystoskopos vizsgálatra.

Az eset természetesen ép így folyt volna le, ha a diagnosis már in vivo a legnagyobb pontossággal és határozottsággal állapítottatott volna is meg; már t. i. akkor, midőn a mi észlelésünk alá került, midőn a functióképes vese parenchyma a minimumig elpusztult.



Ugy hogy ezen diagnostikai tévedésünk a betegre nézve csak annyi hátránnyal járt, hogy magát egy 2–3 cm.-es próbaincisionnak alávetni volt kénytelen, a mely azonban csak a bőr és az ez alatti kötőszövetbe hatolt.

Ennyiben óhajtottam ismertetni e szerencsétlen esetet, mely megérdemli, hogy rajta elgondolkozzunk és emlékezetünkben megtartsuk.

Weinstock Armin dr.: Olvasott hasonló esetről, hol mintán a hólyagból a vizeletet csapolással kiüríteni nem lehetett, az urethrárt ujjal kitégítették, s betaszítva az eldugaszoló véralvadékok és genyet, a vizeletnek szabad lefolyást biztosítottak. Ugy véli, hogy ez esetben is meg lehetett volna ezt kísérteni s így a tévedést elkerülni.

Julier Vilmos dr.: Ha az anamnesist a tünetekkel összehasonlítjuk, úgy azok nem fedik egymást.

Incarcerálódhatik úgy a retroflectált, mint a retrovertált uterus. A retroflexio, ha incarcerálódik, korán okoz vizeelésnehézségeket, már a 12. héten, s az incarceratio a 12–15. hét között támad; a retroversionál későn jelentkeznek az incarceratio tünetei, a 16–20. hét között, de csak akkor ilyen későn, ha a retroversio legnagyobb foka van jelen, midőn a méhfenék egészen lefelé, a medenczefenek felé van irányítva, mert itt van helye az uterusnak a portio feltolása révén a nagy medencze felé kitérni. A Barta kartárs által előadott eset csakis ez lehetett volna, mert a nő már egy hét óta magzatmozgásokat is érzett, tehát a 20. hét körül volt a terhessége. Csakhogy ilyenkor az incarceratio tünetei mások, mint a minőket Barta leirt. Incarcerationál a külső genitáliák megvastagodottak, oedémásak, esetleg gyűjtőeres tárgulatokkal borítottak, a vulva tátong, a hátulsó hüvelyfal feszült, esetleg rectocele módjára előrenyomuló livid oedémás. A gát elődomborodó, a végbél-nyílás tátongó, gyakran az elülső végbélfal kisebb-nagyobb terjedelemben látható.

Belső vizsgálatnál szintén észlelhetni a hüvelyfalak erős megfeszülését, a hüvelyboltozat és portio igen nehezen, sokszor pedig egyáltalában nem érhető el. Ezekről a tünetekről nem hallott semmit, sőt az említett esetben a bolsó méhszájon keresztül burkot is lehetett tapintani. Már magában véve ez is ellentmond az incarcerationnak. Azt hiszi, hogy az anamnesis és a tünetek kellő mérlegelése megörvta volna Bartát a tévedéstől. A csapolásra vonatkozólag: obturatorral ellátott férfikatheterrel rendszeren sikerül a csapolás, rendszeren megvan az embernek az érzése, hogy nagy, tárgult hólyagban van-e.

Révész Vilmos dr.: Csatlakozik a tüneteket illetőleg az előtte szóló fejtegetéseihez. Előadja egy esetét, hol chloroformnarcosisban sikerült az uterust kiemelni.

Konrád Béla dr.: Ő végezte a cystotomiát; megpróbálta előbb férfikatheterrel csapolni, úgy érezte, hogy nincs a hólyagban, az esetet tisztázni nem tudta. Mivel az uraemia tünetei megvoltak, s a tumor hólyagnak imponált, szükséges volt beavatkozni. A látható régi heg arra a felvételre készítette, hogy esetleg a hógyeső hegesezése hiúsítja meg a csapolást.

Barta Andor dr.: A biztos anamnesis megörvta volna a tévedéstől, de ez nem volt kapható. Mintán látiák, hogy a tumor nem a telt hólyag, a retroflexio ellen nem volt szükség beavatkozni. Tünetileg jártak el.

Julier Vilmos dr.: A nő magzatmozgást már érzett, különben az előadó szívhangot is hallott, ez elegendő, hogy az esetet ne tartsuk korai terhességnek, hanem előrehaladottnak, mikor incarceratio nem szokott fellépni.

Fráter Imre dr.: Vajjon indikálnak tartja-e az előadó a hólyag megnyitását hasonló esetben, midőn ez csak tüneti kezelés; nem jobb-e az okot megszüntetni, a retroflectált uterust kiemelni.

Julier Vilmos dr.: Míg a hólyag tele van, a kiemelés jóval nehezebb; ha gangraena tünetei vannak, akkor meg a kiemelési kísérlet telt hólyag mellett contraindikált is. Szükséges előbb a hólyagot kiüríteni.

## 2. Fischer Imre dr. 4 operált esetét mutatja be:

a) **Retroflexio uteri fixata.** A beteg 14 éve szenved kereszt és méhfájdalmakban, havibajkor görcsös alhosi fájdalmak. Előzően három normális partus, az utolsó 18 év előtt. 10 évig conservativ kezelés alatt állott. St. pr. Vagin. vizsgálatnál a portiót a symphysishez közelítve találjuk és annak folytatásában kb. 3 cm.-nyire szöglettörést és a hátulsó hüvelyboltozatban magát a legnagyobbodott méhtestet. Az elülső hüvelyboltozat üres. A méhtest korlátoltan mozgatható, a parametriumok szabadok. Operatio a méh ventrifixatiójával.

b) **Haemangioma cavernosum thoracis l. d.** A jól fejlett fiúbeteg jobb hónaljvonalában a III.—VI. bordáknak megfelelő helyen férfikölnyi tumor, mely hullámzó, puha tapintatú s a hónaljárok felé nyúlvánnyal végződik; a daganat cystikus tumor-nak bizonyult.

c) **Graviditas extrauterina,** a bal tuba középső részének rupturálásával. Az egész petetőmlő eltávolítása. Teljesen láztalan lefolyás, a beteg 20 nappal a műtét után felkel.

d) **Hernia umbilicalis accreta** operálása Maydl-féle hasfalplasticával, Pólya-féle módosítással.

3. **Edelmann Menyhért dr. favus universalis** igen érdekes gyógyult esetét mutatja be.

## Erdélyi Múzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya.

(VI. ülés 1907 márczius hó 9.-én.)

Elnök: Purjesz Zsigmond. Jegyző: Konrádi Dániel.

### 1. Hevesi Imre: Világrahozott mindkét oldali elülső térd-ficbamodás esete.

J. L., 1 éves leánygyermeket 1907 márczius hó 7.-én vették fel a kolozsvári egyetem sebészeti klinikájára. Szülei egészségesek, családjukban hibás testalkatúak nem voltak. A gyermek anyjának ötödik terhességéből származik. Az előző négy terhesség alatt anyja semmi rendellenességet sem vett észre magán s a született gyermekek épek voltak. Utolsó terhessége alatt hasában rendkívüli feszülést érzett, a magzatmozgások több ízben szokatlanul fájdalmasak voltak. A gyermek megszületése normálisan, fejkékvésben történt. Alsó végtagjait mindjárt születése után túlfeszített térdekkel törzsének elülső felületére hajtotta fel, lábait a vállaira tette azon állásba, melyet 4 hónapos korában még majdnem állandónak láttam s a melyhez hasonlót a gyermek még most is gyakran önként felvesz. Ezen állásban a czombok sem be-, sem kifelé nincsenek forgatva, a hasra vannak felhajlítva, a térdek túlfeszítve, a lábak mérsékelt varusállásban belső oldalukkal a kulcsontok táján a törzsre, illetve a nyakra ráfeküsznek, míg a térd a törzstől mintegy három harántujnyira eláll. Születése után, a mint szüleitől és házi orvosától hallottam, a lábak varusállása sokkal kifejezettebb volt s nagymérvű lólábállással is volt kombinálva, úgy hogy mikor alsó végtagjait a nagyjában még most is reconstituálható helyzetbe hozta, talpai egyenesen melle felé néztek, a mint szülei kifejezték, lábai hátra voltak fordulva. Négy hónapos korában ez a lábtartás spontán már kevésbé volt meg, de passive könnyen vissza lehetett állítani. Ekkor a térdek hyperextensioja még akkora volt, hogy a czombok nyújtott és kifelé nem forgatott állása mellett a lábszár az alapot nem fektette meg, s önkéntes mozgások végzésekor alsó végével annyira felemelkedett, hogy a czombbal előre nyitott 135 foknyi szöveget alkotott. Térdkalácsot egyik oldalon sem lehetett tapintani. A térdalji árok helyén a czombbütyköket jól ki lehetett tapintani, valamint elül a sípcsont izületi felszínét is.

Most az alsó végtagok, ha egész hosszukban az alapon fekszenek, különösen a térdeken mutatnak szembeszökő alakeltérést. A czomb alsó végének elülső felszínén harántredőktől körülvett mély behúzódás látszik, melyben aláfélé a tibia izületi vége tapintható. Hátral mintegy két harántujnyira lejjebb a czomb bütykeit s a bütykök közti árkot igen jól lehet tapintani. A hajlítási kísérletek ruganyos ellenállásra találnak. A sípcsont izületi végének elülső széle felett figyelmes vizsgálattal mind a két oldalon meg lehet találni a térdkalácsot, mely borsónyinál alig nagyobb és *Drehmann* leírásával ellentétben nagyon közel van a tibiához; nem igen mozgékony, mivel a quadriceps ina a sípcsont végére ráfeszül. A Röntgen-kép a csontok megfelelő eltolódását és a csípőizületek veleszületett ficbamodásának tartható viszonyokat mutatja. Az utóbbinak klinikai képe még nem alakult ki.

A most észlelhető állapot a térdizületek világrahozott elülső ficbamodásának azt a szakát képviseli, melyet *Drehmann* öt esete és irodalmi tanulmányai alapján harmadiknak nevez. Az elsőben a térdizület túlfeszített állásban rögzítve van, a sípcsont izületi felszíne a czombbütyköknek elülső, a patellának szánt felületével érintkezik. Ez állapot az egyszerű genu recurvatumtól abban különbözik, hogy az utóbbi sem fixálva nincs, sem a tibia izületi felszíne nem hagyta el a rendes helyét, hanem a túlfeszítés csak a szalagok lazasága miatt lehetséges. Születéskor esetünkben fixált genu recurvatum volt jelen. Ez lassanként átmege a második szakba, mikor a tag súlya a túlfeszítést csökkenti, miközben a tibia hátulsó széle körül a czombcsontról elemelkedik, mire a lábszár a czombbal párhuzamos helyzetbe kerül, vagyis a harmadik szakban a sípcsont bütykei a czombcsontéi elé toldódtak. A második szakot a gyermek négy hónapos korában volt alkalmam látni.

A bántalom pathogenesise ebben az esetben alkalmasint mechanikai volt. Közvetlen oka az izületi végek eltolódásának az



alsó végtagok nyújtott állásban való fennakadása az ébrényi élet azon szakában, mikor a felső test az alsót még jóval felülmúlja. A lábnál fogva megakadt végtag gyorsabb növése, Drehmann szerint, túlfeszítésre vezet, ha elegendő magzatvíz van is jelen. Müller azt hiszi, hogy a magzatvíz elégtelensége okozza nyomás folytán a luxatiót. Úgy gondolom, hogy még rendes mennyiségű magzatvíz jelenlétében sincs többé a végtagnak elég tere arra, hogy más állásba kerüljön, ha már egyszer a térd ki-nyújtva fixáltatott a feszítő oldal rövidült lágyrészei által. De a kezdeti nyújtott állást többféle okból lehet származtatni. Drehmann lehetőséget tartja, hogy az ízületek differenciálódásakor a térd kellő meghajlása elmarad, de azt is, hogy a láb valamibe beleakad. A köldökszinór is akadályozhatja a hajlítást (Hofmokl). Ez a mechanikai magyarázat a gyakran jelenlevő csípőficamot és a majdnem mindig kísérő pes calcaneo-valgust is érthetővé teszi. Feltűnő, hogy az utóbbi helyett ez esetben varo equinus volt a születés után; most már csak szokványos varus-állást látunk, de ez sincs fixálva. Ez eltérés az ébrényi lábfej állásának változataiban leli magyarázatát.

A therapia repositio és rögzítés hajlításban. A vissza-helyezést gyakran megnehezíti az, hogy mint itt is, a hajlító inak előre vannak ficamodva s egyszerű hajlítás- vagy nyújtás-kísérletkor a csomópontokat gomblyukszerűen közrefogják. Ezért előbb erőltetett túlfeszítésben kell a lábszárat axiális irányban le-nyomni s azután hajlítani.

Eddigél 52 hasonló eset van az irodalomban számbavéve, melyekkel összehasonlítva, a bemutatónak csak a lábak tartása tekintetében tesz kivételt.

2. Gyergyai Árpád bemutat egy nyolcz éves megoperált gyer-meket, kinél empyema következtében a Highmore-ür fala minden irányban igen ki volt tágulva, s az orr felé áttört. Az antrum tar-talma gyermekkökölyi, sajtos-szerű állású, igen bűzös tömeg volt, melyben zsírsavkristályok, bac. fusiformisok, spirillumok és coe-cusok voltak, genysecjek teljesen hiányoztak. Az antrum nyálka-hártyája mindenütt relative ép. Hogy ily ritka alakban, *sinuitis maxillaris cum dilatatione*-ban jelentkezett az empyema, a bak-teriumflórából és az igen sűrű genyből akarja magyarázni.

3. Buday Kálmán 20 éves egyénben talált *bélrák* készit-ményét mutatja be.

4. Jancsó Miklós és Elfer Aladár tuberculosissetre vonat-kozó készítményeket, haematogen tuberculosist nyúlban és *Spengler* szerint festett emberi és állati tuberculosiss-bacillusokat mu-tat be.

## Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A typhus ophthalmodiagnostikájáról tartott előadást *Chantemesse* a párisi „Académie de médecine” július 23.-iki ülésén. Typhus-toxin erős oldatából abszolút alkohollal csapadékot állított elő, a melyből 1/50 milligrammot 1 csepp vízben oldva a szem kötőhártyájára vitt. Egészséges, illetve általában nem typhusos egyének kötőhártyája ilyenkor kissé kipirosodik, a szem könnyezik, mindez azonban 4–5 óra alatt elmúlik. Typhusban szenvedőknél ellenben sokkal erősebb a reactio, tetőfokát 6–12 óra alatt éri el és másnapig eltart. A hőmérsék és az általános állapot nem mutat eltérést. (La semaine médicale, 1907. 30. sz.)

A hasüreg fertőződésének prophylaxisáról és gyógyításáról tartott előadást *Chantemesse* a párisi „Académie de médecine” június 11.-i ülésén. Kifejtette, hogy a typhusos bélátfűródés okozta has-hártyalob megszüntethető vagy legalább is mérsékelhető nucleinsavas natriumnak a bőr alá fecskendezésével. A hatást olyan módon magya-rázza, hogy nagyfokú hyperleukocytosis támad, a melynek haszna a fertőzésekben ismeretes. Physiologiai konyhasóoldattal készült 1%-os oldatot használ, a melyből 40 cm<sup>3</sup>-t fecskendez az ágyéktájon a bőr alá; a keletkező fájdalomasság jól mérsékelhető laudanumos kataplas-mával. Szükség esetén a befecskendezés néhány napos időközben 1–2-szer megismételhető, fokozatosan csökkentve az adagot. (La semaine médicale, 1907. 24. szám.)

Kicsiny orrpolypusok okozta makacs köhögés esetét ismertette *Lermoyez* a párisi „Société médicale des hopitaux” június 7.-én tartott ülésén. A 11 év óta fennállott makacs köhögés a bal orrüregeben szé-kelt kicsiny, kocányos polypusok eltávolítása után teljesen megszűnt. (La semaine médicale, 1907. 24. szám.)

## PÁLYÁZATOK.

A József-sanatoriumban (Gyula, Lugoserdő) rendszeresített segédorvosi állás, melyre 1600 korona kezdő fizetés, teljes ellátás és lakás, fűtés, világítás jár, esetleg azonnal is betöltendő. Előnyben részesülnek azok a nőstlen orvos-doktorok, a kik tuberculosissal szakszerűen foglalkozni óhajtanak. Ezeknek kifogástalan szolgálat esetén a József kir. herceg sanatorium-egyesület (Buda-pest, IX., Lónyay-utca 47) igen kedvező előmeneteli feltételeket nyújt. Aján-latok nagyméltóságú Lukács György dr. elnök úrhoz czímezve a József-sana-torium igazgatóságánál (Gyula, Lugoserdő) nyújthatók be.

2714/907. kórh. sz.

A Jász-Nagykun-Szolnok vármegyei közkórházban megüresedő egyik segéd-orvosi állásra pályázatot hirdetnek.

Javadalom: egyezernégyszáz (1400) korona évi fizetés, lakás, teljes ellátás; kinevezés 2 évre történik, megújítható. Pályázatok okmányokkal hozzám f. évi augusztus hó 28.-ig adandók be. Szolnok, 1907. évi július hó 26.-án.

Papp Gábor dr., igazgató-főorvos.

2558/907. sz.

Pest-Pilis-Solt-Kiskun vármegye monori járásához tartozó Czeglédberczel nagyközségben lemondás folytán üresedésbe jött községi orvosi állásra ezennel pályázatot nyitok s felhívom az állást elnyerni óhajtókat, hogy szabályszerűen felszerelt pályázati kérvényeiket hozzám f. évi augusztus hó 16.-ának déli 12 órájáig nyújtsák be.

A választás f. évi augusztus hó 17.-én délután 3 órakor fog Czeglédberczel község-házánál megjelenni.

Az állás javadalmazása a következő:

1. Évi készpénzfizetés 1200 korona, előleges havi részletekben a községi pénztárból.

2. Látogatási díj nappal vényírás nélkül 40 fillér, vényírással 60 fillér, éjjel vényírás nélkül 80 fillér, vényírással 1 korona 20 fillér.

3. Halottkémlelért esetenként 60 fillér.

4. Húsvizsgálatért szabályrendeletileg megállapított díjak.

5. A gyógyszerár engedélyezéseig kézi gyógytartartási jog.

Szegényeket az orvos ingyen tartozik gyógykezeln.

Monor, 1907. évi július hó 27.-én.

2-1

A h. főszolgabíró.

963/907. sz.

Bihar vármegye központi járásában megüresedett köröstarjáni körorvosi állásra pályázatot hirdetnek s felhívom a pályázni kívánókat, hogy kellően fel-szerelt kérvényeiket hozzám 1907. évi szeptember hó 15-éig terjesszék be.

Az egészségügyi kört az egymáshoz közel fekvő s vasúttal is bejárható Köröstarján, Gyires, Szentandrás, Újpalota, Vizesgyán és Körösszeg községek alkotják, melyeket a községek költségén a körorvos havonként egyszer köteles beutazni.

Évi fizetés:

1. Törzsfizetés 1300 korona.

2. Lakbér 600 korona, mely javadalmazást három havi részletekben a nagyváradi kir. adóhivatala fizet a körorvos kezéhez.

Látogatási díjak a megválasztandó körorvos és községek közötti egyez-keedés után a közel jövőben kerülnek megállapításra. A kórház tartozó 8 népesebb pusztai gazdálkodásból a körorvos tekintélyesebb fix-fizetést remélhet.

Közelebbi tájékoztató adatok a köröstarjáni körjegyzőtől szerezhetők.

Nagyváradi, 1907. július 22.

3-1

Nagy Márton, főszolgabíró.

13833/1907. szám.

Arad vármegye közkórházánál megüresedett másodorvosi állásra pályázatot hirdetnek.

A másodorvosi állás javadalmazása 1400 kor. évi fizetés, a kórház bel-területén egy szobából álló szabad lakás, ezenkívül fűtés és világítás.

A kinevezés ideiglenes, a mennyiben ezen állás két évi időtartamra lesz betöltve.

Felhívom mindazokat, kik az állást elnyerni óhajtják és az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ának 2. pontjában előírt képesítéssel bírnak, hogy szabályszerűen fel-szerelt kérvényüket hozzám 1907. évi augusztus 25-ig terjesszék be.

Megjegyezni kívánom, hogy ezen állásra az egy évi kórházi gyakorlatra kötelezett orvosok is pályázhatnak.

Arad, 1907. július 20.-án.

Az alispán.

2204/907. szgb. sz.

Fogarasz vármegye, sárkányi járás, vledényi körben 4049 lélekszámmal újonnan rendszeresített körorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetnek és az ezen állást elnyerni óhajtókat felhívom, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában, illetve az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában előírt képzettségüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket f. évi augusztus hó 31-én délután 5 óráig hivatalomhoz annál inkább adják be, mert a későbbben beérkező folyamodvá-nyokat nem fogom tekintetbe venni.

A körorvosi székhely Vledény nagyközség és hozzá tartozik Szunyog-szék nagyközség 6 kilométer távolsághoz.

Javadalmazás 1600 azaz egyezernégyszáz korona évi fizetés és 400, azaz négyszáz korona lakbér, mely összeg az állampénztárból utólagosan fizet-tetik, továbbá szabályrendeletileg megállapított díjak.

A körorvos jogosult a jegyzői nyugdíjintézetbe belépni. Házi gyógyszerár engedélyezése kiállításba van helyezve.

Köteles azonban a körorvos Szunyogszék községet hetenként kétszer ren-desen meglátogatni és a vagyontalan betegeket ingyen gyógykezeln.

A román nyelv ismerete nélkülözhetetlen.

A megválasztott körorvos köteles állását 8 nap alatt elfoglalni.

A választást 1907. évi szeptember hó 1-én délelőtti 10 órakor fogom megtartani Vledény község irodájában.

Sárkány, 1907. évi július hó 15.-én.

Dombrádi, főszolgabíró.



3008/1907. szám.

A Szeghalom községnél üresedésbe jött egyik községi orvosi állásra pályázatot hirdetek, s felhívom a pályázni óhajtókat, hogy orvostudori oklevéllel, szolgálati bizonyítvánnyal és születési anyakönyvi kivonattal felszerelt kérvényeiket folyó évi augusztus hó 15-éig bezárólag adják be hozzám, mert a később érkező kérvényeket figyelembe nem veszem.

Az állás javadalma: 1200 korona fizetés, 400 korona lakpénz, a szegény-menház látogatásáért 80 korona tiszteletdíj. Látogatási díjak: az orvos lakásán 40 fillér, a község belterületén a beteg lakásán 80 fillér, a község külterületén fuvaron kívül 6 kilométerig 2 korona, 6 kilométeren túl 4 korona, akár ir az orvos vényt, akár nem. Fogházásért az orvos lakásán 1 korona, a beteg lakásán 2 korona. Érvágásért az orvos lakásán 60 fillér, a beteg lakásán 1 korona.

A halottkémlés s a szegények gyógykezelése ingyen teljesítendő.

Szeghalom község lakosainak száma: 9315.

Szeghalom, 1907. évi július hó 18-án.

Főszolgabíró helyett:

Popovics Viktor, tb. főszolgabíró.

2-2

2102/907. sz.

Lemondás folytán üresedésbe jött Kis-Küküllő vármegye hosszúaszói járásához tartozó mikeszásza körorvosi állásra pályázatot hirdetek.

A körorvos javadalmazása:

1. 1200 korona fizetés havi utólagos részletekben.

2. 240 korona lakbér Mikeszásza községtől.

A közmegegyezéssel megállapítandó látogatási, vényirási, halottkémlési és vágóbiztosi díjak.

Az állás nyugdíjjogosultsággal van egybekötve.

A megválasztott körorvos a köréhez tartozó 11 községet köteles havonként egyszer meglátogatni, mely alkalmakkor minden községtől 2 korona fuvardíj felvételére jogosult.

Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a, illetőleg az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a értelmében felszerelt kérvényeiket f. évi augusztus hó 11-éig nyújtják be hozzám.

A választást f. évi augusztus hó 18-án d. u. 3 órakor fogom Mikeszásza község körjegyzői irodájában megtartani.

Hosszúaszó, 1907. évi július hó 19. én.

2-2

Fazakas Géza, helyettes főszolgabíró.

2065/907. sz.

Lemondás folytán üresedésbe jött Kisküküllő vármegye hosszúaszói járásához tartozó bethlenszentmiklósi körorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

A körorvos javadalmazása:

1. 1200 korona évi törzsfizetés havi utólagos részletekben.

2. Bethlenszentmiklós községtől megfelelő természetbeni lakás.

3. A közmegegyezéssel megállapítandó látogatási, vényirási, halottkémlési és vágóbiztosi díjak.

Az állás nyugdíjjogosultsággal van egybekötve.

Körorvos köteles a köréhez tartozó 13 községet havonként egyszer meglátogatni, mely alkalmakkor minden községtől 2 kor. fuvardíj felvételére jogosult.

Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyer ni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a, illetve az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a értelmében felszerelt kérvényeiket f. évi augusztus hó 11-éig hozzám nyújtják be.

A választást f. évi augusztus hó 12-én d. u. 3 órakor Bethlenszentmiklóson a körjegyzői irodában fogom megtartani.

Hosszúaszó, 1907. évi július hó 19. én.

2-2

Fazakas Géza, helyettes főszolgabíró.

## HIRDETÉSEK.

 A Bór- és Lithion-tartalmú

# Salvator-forrás

kitűnő sikerrel használtatik

vesebajoknál, a húgyhólyag bántalmainál és köszvényénél, a cukorbetegségnél, az emésztési és lélegzési szervek hurutjainál.

**Húgyhajtó hatású!**

Vasmentes! Könnyen emészthető! Teljesen tiszta!

Kapható ásványvízkereskedésekben vagy a Szinye-Lipőci Salvator-forrás Vállalatnál Budapest, V. Rudólfrajkpart 8.

# NESTLÉ

## GYERMEKLISZTJE

csecsemők, lábbadozók, gyomorbajosok részére.

A legjobb alpesi tejet tartalmazza.

Gyermekápolásról ismertető iratokat ingyen küld: NESTLÉ

Bécs, I., Biberstrasse 11.

# HÉVIZEN

absolut száraz szobák  
elsőrangú ellátással, napi 9 és  
12 koronáért megrendel-  
hetők a „Héviz” sanatorium és gyógyszálloda igazgatóságánál.

Felvilágosítással szívesen szolgál az igazgatóság és az intézet  
főorvosa: **Schulhof Vilmos dr.**, hévizi fürdőorvos.

Keszthely-Héviz (Zala megye).

Prospektus díjmentes. Interurban telefon 34.

# MALTOCOL.

(Törvényileg védve.)

Klinikákban, kórházakban kipróbálva. Ideális guajakol-készítmény, mely a phthiseotheraia specifikus és hygieni-  
kodiatás kezelés szempon'ait leg-  
inkább elégti ki.

Tartalmaz: Fahéjsavas (Hetol) malátaszörpben 7% Kal. sulfo-guajac. 2% Calc. és Natr.  
glycerophosphor. 1% Natr. camphor. stb. aromás anyagot.

Egy üveg ára: 1 korona 80 fillér.

Kapható minden gyógyszerárban.

Készítési főraktár:

**Marberger Gyula orvos-gyógyszerészeti laboratoriumában.**

„Vörös-kereszt” gyógyszerár.

UJPEST, Váczi-út 25. szám.

Minta az orvos uraknak ingyen.

„Bayer” **CONTRATUSSIN** „Bayer”

Ajánlja az igen tisztelt orvos urak figyelmébe a

**VÖRÖS-KERESZT GYÓGYSZERTÁR**

**Budapest, VI., Andrassy-út 84.**

Minden gyógyszerárban kapható.

Kívánatra próbaküldeményt kísérletezésre díjmentesen.

3580

(1)

# „ATOXYL”

új, majdnem méregmentes arzénkészítmény.

Még nagy adagok bőr alá fecskendése sem jár kellemetlen melléktünetekkel (tályogképződés, izgalom, fokhagymaszag). „Atoxyl” oly kevésbé mérgező, hogy alkalmazása által 40—50-szer annyi arzént vihetünk a testbe, mint a szokásos szervesetlen arzénkészítmények által.

Mindazon bántalmakra, melyek tapasztalat szerint arzénre reagálnak (bőr-, vér-, idegbajok stb.), Atoxyl igen előnyösen hat.

Adagja: 0.05—0.2 gm. pro die bőr alá fecskendezve.

Irodalom: Dr. Schild W. (Prof. Dr. Lassar klinikája): Berliner med. Gesellschaft 1902. március 5. — Dr. Blumenthal F. magántanár (v. Leyden titkos tanácsos klinikája): Ibid. — Prof. von Zeissl: Wiener med. Wochenschrift. — Dr. Mendel F., Essen a. Ruhr. Therap. Monatshefte 1903. április.

**Vereinigte Chemische Werke, Akt.-Ges., CHARLOTTENBURG, Salzufer Nr. 16.**



# ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben. Folytatták: Antal Géza és Högyes Endre.

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

LENHOSSÉK MIHÁLY EGYET. TANÁR ÉS SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. TANÁR,  
FŐSZERKESZTŐ. SZERKESZTŐ.

**Mellékletei:** SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében 4 szám. GYNAEKOLOGIA Tóth István és Temesváry Rezső szerkesztésében 4 szám. ELME- ÉS IDEGKÓRTAN Babarcsi Schwartz Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3—4 szám. — Egyéb tudományos mellékletek.

## TARTALOM:

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Róna Sámuel: Közlemény a székesfővárosi szt. István-kórház bőrbeteg- és bujakóros osztályáról. A syphilis abortív orvoslása az első nyilvánulás és a táji mirigyek kiirtása által. 571. l.

Elischer Gyula és Engel Karoly: Közlés az I. számú belorvostani klinikáról. Igazgató: Korányi Frigyes dr., ny. r. egyetemi tanár. Az orthodiagraphiáról. 573. lap.

Winternitz M. Arnold és Paunz Márk: Közlemény a budapesti „Stefánia” szegénygyermek-kórházról. Igazgató: Bókay János dr., egyetemi ny. r. tanár. Az oesophagoskopiáról. 576. l.

Tárca. Grósz Emil: A gyakorlati orvostan akadémiaja Düsseldorfban. 577. l.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Wohlfahrt: Urologisch-kystoskopisches Vademecum. — K. Hasebrock: Die Zander'sche mechanische Heilgymnastik und ihre Anwendung bei inneren Krankheiten. — Lapszemle. Általános kör- és gyógytan. Wesselkin: A szénsav-belégzés lázellenes hatása. — Bernaulli: A tápláló csatorna rákja a fiatal korban. — Gyógyszertan. Zernik: Újabb gyógyszerek és titkos szerek. — Belorvostan. Kobler: Malaria okozta súlyos bélzavarok. — Reitter: A vesegümőkör felismerése. — Calabi: A vas használatáról gyomorbajokban. — Nagel: A polyuria gyakorisága vesezsugorodásban. — Zypkin: Keratiunál orvosolt májcirrhosis esete. — Rosenberg: Emberi gyomornedvvel

végzett gyógyító kísérletek. — Lolli: Anaemia pernicioza progressiva. — Idegkórtan. A. Pick: A reszketés sajátos faja. — Sebészet J. Torrance: Thyroiden-extractum haemophilia ellen. — Frank Martin: A trigeminusneuralgia kezelése a Gasser-dűz kiirtásával. — M. Salor: Myoadenoma által okozott intussusceptio. — Berg: Duodenális fistulák kezelése a pylorus elzárásával és gastroenterostomiával. — Hilgenreiner: A pangásos vérbőség hatása a csonttörések kezelésében. — J. H. Zanijer: A feregnyúlvány elsődleges rákja. — Henking: Az appendicitis sebészi kezelésével elért eredmények. — Schulz: Újabb adatok a gastroenterostomia statisztikájához jóindulatú gyomormegbetegedésekben. — Gyermekorvostan. Peiser: A csecsemők szokványos hányása. — Venerás bántalmak. R. Volk: A lues atoxylos kezelése. — Kisebb közlemények az orvostudományról. Neubauer: Az alkohol hatása az acetont kiürülésére diabetesben. — Dicalafoy: Diabetes mellitus gyógyítása. — Croftan: A nemi szervek pruritusa. — Greco: Peritonitis tuberculosa 579—582. l.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi újság. 582. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok — Hirdetések. 582. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 583—586. lap.

Mellékletek. F. Hoffmann-La Roche et Cie cég „Protulin” készítménye. — Hell G. et Comp. cég „Honthin” készítménye.

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a székesfővárosi szt. István-kórház bőrbeteg- és bujakóros osztályáról.

A syphilis abortív orvoslása az első nyilvánulás és a táji mirigyek kiirtása által.

Írta: Róna Sámuel dr., egyet. rk. tanár.

Legutolsó cikkemben (Orvosi Hetilap 1907. 9. sz.) jeleztem a luesnek a korai spirochaetaleltre alapított abortív orvoslását (excisio, korai kéneskezeléssel). Ma általában ezen az alapon végzett *excisiókról* óhajtok beszámolni.

A syphilis abortív gyógyítása szempontjából az első nyilvánulás kiirtását Ehlers összeállítására szerint 1891-ig 584 esetben végezték; ebből 447 *negatív*, 137 állítólagos *pozitív* eredményű volt, azaz a sclerosisnak látszott képlet kiirtása után nem jelentkezett általános tünet.

Kiemelendő, hogy a tünetkimaradás nem volt gyakoribb, ha a sclerosis kifejezett táji mirigyduzzanat még nem kísérté, és nem volt ritkább, ha már kísérté, továbbá, hogy ezen arány akkor sem volt nagyobb, ha egyidejűleg a táji mirigyek egy része is kiirtatott, és nem volt kisebb, ha nem irtatott ki.

Ezen abortív eljárásról tankönyvemben (1893 és 1903) a következőképpen nyilatkoztam:

Tekintve ezen eredményeket, de tekintve különösen Rinecker azon leletét, hogy a fertőztetés utáni 4. héten kiirtott mirigy már a virust kellő mennyiségben és minőségben rejt (egészséges emberre pozitív eredménnyel oltott vele), a pozitív eredményt adott sclerosisexcisiókból nem lehet jogosan azt következtetnünk, hogy az összes virust kiirtották. Ugyanezen okoknál fogva a mirigykiirtások pozitív eseteit sem jogos úgy felfogni, hogy az egész syphilist kiirtották, mert lehetetlen makroszkopice az összes táji mirigyek betegségét konstatálni, úgy hogy ezek, valamint a *közbeeső felületes és mély nyirokerek*, mely utóbbiak a kiirtásoknál úgy is mindig tekinteten kívül hagytak, magukban kell hogy rejtsek a virust.

Mindezekből biztos tényként az következik, hogy dacára a sclerosis és mirigyek kiirtásának, a szervezetben még visszamarad a mütét által utolérhetetlen contagium (a nyirokerekben, mirigyekben, nyirokürökben stb.) és hogy így a sclerosis- és táji mirigykiirtás nem akadályozhatja meg biztosan a syphilis további fejlődését. Ezekből azonban az is következik, hogy a táji mirigybeszűrődés a syphilisnek a sclerosisal egyenrangú gyökere, hogy tehát már a sclerosisnak első észrevételekor sem lehet lokális, hanem joggal legalább is *táji fertőztetésről* szólni.

Ha ehhez azután még hozzávesszük, hogy az újabb szerzők szerint a vírus nemcsak a nyirokutakon, hanem a vérereken át is halad a vértömegbe, hogy tehát a 2. incubatio alatt már vannak mikrobák a véráramban, akkor az első stadiumban *nemcsak táji, hanem részleges vérfertőzésről* is szólhatunk, mely részleges fertőztetés a 2. incubatio alatt lassanként válik általánossá. Ez volt a véleményem 1893-ban. De ha ez így áll, akkor logikus azt következtetni, hogy az eddigi pozitív eredményt adott kiirtásoknál a lues kórisméje téves volt.

Támogatják ezen következtetést azon negatív eredményű kiirtási esetek, a hol nem is kifejezett laesio, hanem csak *egyszerű és jellegtelen* seb irtatott ki és pedig már órákkal az állítólagos infectio után (pl. Reiss esete [1901], hol 4—5 órával az infectio után történt a kiirtás és a syphilis mégsem maradt ki), továbbá a Sigmund által (1867) syphilises fertőzésre gyanus sebeken végzett negatív eredményű *edző és elroncsoló kísérletek*. Sigmund ugyanis nem syphilises betegek folytonossághiányait biztosan syphilises termékek váladékával hozta érintkezésbe és azután az így fertőzöttnek hitt folytonossághiányokat 35 beteg-nél bécsi mésszszel, cuprum sulf.-jegeczel, sublimatoldattal edzette, égette, 22-nél pedig közömbösen kezelte. A 35 edzett közül egészséges maradt 25 és pedig az első 2 napon edzett 15 közül 14, az első 3 napon belül edzett 24 közül 21, a később edzettek közül csak 4. A közömbösen kezelt 22 beteg közül csak a fele maradt egészséges. Tehát az edzett betegek 28%-a, a nem edzettek 50%-a betegedett meg syphilisben. Ugyan-csak Sigmund a *közösülés* után mutatkozott sebzéseknél is végzett edzéseket. A 147 eset közül 92-ben a confrontatio lueses fertőzés felvételét engedte meg. A 147 edzett közül 53



lett lueses. A legjobb kilátásokat az első 3 napon belül edzett és egyáltalán azon esetek adták, melyekben első nyilvánulás még nem volt konstataható. Végül támogatják e következtetést a legújabb állatkísérletek is.

Neisser-nek a beoltott majmokon végzett excisiós kísérletei a következő eredményeket szolgáltatották; kimaradtak a syphilis tünetei:

2	esetben, ha	10	perecczel a beoltás után				
2	"	"	30	"	"	"	"
1	"	"	2	órával	"	"	"
1	"	"	4	"	"	"	"
2	"	"	6	"	"	"	"
1	"	"	12	"	"	"	"

végeztettek a kiirtások.

Nem maradtak ki a többi 10 esetben, melyek között egy-nél 8, egy-nél 14 órával a beoltás után történt az excisio.

Itt azután egy újabb kérdés merült fel: az, hogy melyek a *positiv eredmény kritériumai*? Azaz, hogy ha az excisiót nem követik a látható syphilitikus tünetek, akkor már a luest a szervezetből teljesen kiléptetnek tarthatjuk-e? Nem törhettek-e már rég parasiták a vérbe, a belső szervekbe, csontvelőbe és okoznak később ezen rejtett góczokból recidivákat? Ezt a kérdést Neisser oltási kísérletei alkalmával vetette fel és nem tudott rá eddig feleletet adni, mert ilyen az általánosodásra irányult vizsgálatokat rendszeresen még nem végzett, úgy hogy ő bár hisz az excisio értékében, mégsem bízik meg benne, még tünetkimaradás esetén sem; még ilyenkor is szükségesnek véli az erőlyes Hg kezelést elhúzó és félbehagyó orvoslás formájában.

En részéről egyelőre ragaszkodom azon klinikai tapasztalataimhoz, hogy *embernél* a biztos sclerosis után mindig keletkeznek *secundaer* jelenségek, csak rendkívül ritka kivétel lehet az ellenkező és így az *állandó tünetkimaradást a bőrön, nyálkahártyán, mirigyekben positiv eredménynek* veszem.

Tehát a *positiv eredmény kritériumai* egyelőre adva vannak. A kiirtandó laesio *diagnosisa* is jobb alapokon nyugszik, mert a spirochaetakeresés által a bizonytalanság és tévedés kizárható. A gyanus laesiókban ugyanis vagy fedőlemezkészítményeken a *kiirtás előtt* vagy az ezüsttel *impraegnált* szövetben a kiirtás után a spirochaetákat ki lehet mutatni.

Ebben tehát nem volna hiány. De kérdés, hogy a fentiek után érdemes-e még egyáltalában a sclerosis kiirtásának kérdését újból felvenni? Több reménnyel kecsegtetnek-e az újabb pathogenetikai kutatások eredményei? Nézzük mit találtak?

Ehrmann már a primaer laesio idegeiben, nyirokereiben, Blaschko véreinek falában és lumenében ki tudta mutatni a spirochaeták tömegeit. A lumenbe a falakból hatolnak be és pedig Blaschko szerint mindjárt a legelső időben.

Ez a korai fokozatos általános fertőzés mellett szólna, úgy a mint azt fentebb kifejtém.

Tehát a legújabb vizsgálatok eredményei sem biztatók a tekintetben, hogy a sclerosis kiirtásával a syphilit *gyökerestül* kitéphessük a szervezetből, még akkor sem, ha a sclerosis igen kezdetleges, esetleg csak spirochaetalelet útján kórismézhető, mert az ilyen igen csekély laesioval, a kórfolyamat természetének megfelelőleg, csak hetekkel az *infectio* után jönnek a betegek orvosi észlelés alá.

De azért, mert nem érhetjük el a kitűzött ideális célt, ne iparkodjunk azt megközelíteni, és még a helyes kiirthatás kedvező eseteiben is egészen tétlenül nézzük a fertőzés terjedését? Nem lehet-e igazuk azoknak, a kik (mint Neisser, Blaschko stb.) újabban is a kiirtás mellett a következőképen érvelnek: 1. Nem biztos, hogy minden primaer laesionál ilyen korán törnek be a véreinkbe a spirochaeták, mert a sérülés módja és székhelye a fertőztetés helyén is módosíthatja a továbbvándorlási feltételeket. 2. A vérbe jutott csekély számú bakteriumot a szervezet rövid idő alatt el is ölheti és csak tömeges elárasztatás vezet általános infectiohoz. 3. Az első laesio kiirtásával vagy elroncsolásával esetleg az idegek mentén továbbterjedésének és a további súlyos következményeknek esélyeit is apaszthatjuk (Lehrmann), vagy végül a vírus tetemes csökkentésével a syphilit gyengíthetjük, lefolyását könnyíthetjük, enyhíthetjük.

Ezen megfontolások vezettek, a midőn a következő esetekben az első nyilvánulás kiirtását és pedig a mirigyekkel együtt újból elhatároztam.

Lássuk az eredményeket.

I. eset. X. Y., 22 éves nő, medikus. 1906 szeptember 23-án jelentkezett az osztályon minimális erosioval a fityma bellemében, melyet szeptember 19-én vett legelőször észre, jóllehet, hogy az utolsó coitus óta mindennap megvizsgálta magát. Utolsó coitusok augusztus 15, 17, 18 és 20-án, az azelőttiek legalább 4-5 héttel előbb történtek. A fertőzést az utolsó coitusra viszi vissza.

St. pr. szeptember 23-án. Lencsényi erodált, élesen határolt tömött infiltratum a féktől balra a fityma bellemében. Egy nagyobb babnyi mirigy a bal inguinális tájon. Az erosióból vett kaparékból *typikus Schaudinn-spirochaeták*.

Szeptember 24-én kiirtottam késsel és ollóval az első nyilvánulást, elvive jó 1/2 cm.-t köröskörül az épből és leollózva a seb alapját is. Varrat.

Szeptember 26-án Hüttl kartásam kiirtotta az inguinális mirigyeket is és pedig a bal oldalon egy nagyobb babnyit és egy borsónyit, a jobb oldalon 2 borsónyit. Varrat.

A kiirtott mirigyekben sem a fedőlemezkészítmények, sem a metszetek (Levaditi) vizsgálatok spirochaetákra nem akadunk.

Lefolyás. Úgy az első nyilvánulás, mint a mirigyek kiirtása helyén ejtett sebek lobosan gyógyultak, mert a beteg haemophilias lévén, nagyobb vérzések keletkeztek.

Október 30-án, a kiirtás daczára, gyér számú papulák elszórtan az egész bőrön, egy-kettő a jobb felső végtag küloldalán, a bal felkar küloldalán és a bal alkar beloldalán, a has jobb oldalán, a hát közepén, a jobb seggőfán, a bal csomb háti felületén, a jobb csomb hátulsó-külső felületén, a jobb lábszár háti felületén. Nagyfokú polyadenitis a nyakon és tarkón; egy kis mogorónyi mirigy a bal inguinális tájon a mélyben. Therapia: bedörzsölés. Azóta a lefolyás a következő volt. A bedörzsölések alatt november-decemberben a bőrelváltozások eltűntek, ellenben kifoszlott papulák jelentkeztek a tonsillákon. Azóta újabb 20 bedörzsölés (összesen 70) és most 1907 májusban a köztakaró és nyálkahártya ment, de polyadenitis van jelen.

II. eset. B. A., 24 éves, nő, napszámos, a ki évek óta lupus vulg. miatt bejár az osztályra, 1906 december 9-én genitális laesioval jött be. Hetenként egyszer szokott közöszlúni, legutoljára december 1-én érintkezett és december 3-án egy kölesnyi sebet vett észre magán.

St. pr. december 10-én. Lencsényi tömött alapon kendermagnyi, a papillákig terjedő, fehéres-sárgás detritussal fedett, csipkés szélű fekélyke a fityma bellemében jobboldalt. A fék alsó tapadási helyén kendermagnyi tömött heg. A jobb inguinális tájon egy nagyobb babnyi és több apró mirigyet lehet tapintani.

Spirochaetalelet positiv, tehát kétségtelen syphilisinfilitatio forog fenn, melynek keletkezési ideje, tekintve hogy a beteg hetenként közöszlú, biztosan meg nem állapítható, de az objectiv jelek után ítélve, alkalmasint nem volt régiebb, mint az utolsó coitust (december 1) megelőzően 2-3 hetes.

Therapia. December 11-én, tehát a beteg által történt észrevételnek 8. napján, az infectiót követő, mondjuk a legtöbbet, 25-31. napon mindkét laesiót széles alapon kiirtottam és a sebszéleket varrattal egyesítettem.

December 13-án Hüttl kartásam mindkét inguinális táj mirigyait kitakarította. A kiirtott mirigyek fedőlemezkészítményeiben spirochaetákra nem akadunk.

Lefolyás. A monyhegek per primam gyógyultak. December 28-án a monyhegek kissé kemények.

December 31-én az áll alatt két kis mogorónyi, az occipiton 1-1 borsónyi mirigy (a beteg arc- és száji lupusban szenved).

1907 január 3-án három lencsényi roseola a has jobb felén. Január 7-én a hasi roseolák közül kettő kezd infiltrálódni, egy pedig elhalványodott, egy új roseola a törzs bal oldalán. Január 9-én a jobb alkar belfelületén lencsényi új roseola. Január 14-én a roseolák a hason levő két infiltrátnak kivételével eltűntek. Két új acneiform papula a háton. Január 21-én három újabb papula keletkezett és pedig egy a háton és kettő a jobb alsó végtagon.

Január 26-án a kiirtott monylaesio hegje mellett, a fityma bellemében, ettől ép bőr által elválasztva, lencsényi új kemény beszűrődés, melyet addig nem vettünk észre. Otitis media, láz.

Január 27-én a háti és csombi papulák kaparékból *typikus spirochaetalelet*.

Január 28-án az általános higanyos kezelés megkezdése.

Február 11. és 12-én bedörzsölés (a 3 gm.) után a secundaer papulák visszafejlődtek, újak nem jöttek. A bal inguinális tájon több nagy babnyi mirigy.

A következő hetekben csak a tonsillákon mutatkoztak kifoszlott papulák.

A beteg most (májusban) ismét az osztályon van és daczára az előremet 50 bedörzsölésnek, papulák vannak a tonsillákon és egy-egy új papula az alsó végtagokon.

\* \* \*

Röviden összevonva, az első esetből a következők derültek ki:



1. Intelligens, magát megfigyelni tudó ember, a fertőző coitus után 30—35 nappal vett észre magán laesiót. E laesiót, mely még jellegtelen, de már gyanús volt és melyet a *spirochaetalelet* luesesnek derített ki, 5 nappal az észrevétel és 35—40 nappal a fertőztetés után széles alapon kiírtottam. Két nappal később az összes táji mirigyek is kiírtattak.

2. A kiírtott mirigyekben sem Giemsa-val, sem Levaditi-val spirochaetákat kimutatni nem tudtunk.

3. A sclerosis és táji mirigyek kiírása ellenére (október 30.-án) 76 nappal az infectio után a syphilis tüneteit konstatáltam gyér papulák és nagyfokú polyadenitis és később torokplaque ok alakjában.

4. E tünetek, a polyadenitis kivételével, 70 bedörzsölésre (à 3 gm.) visszafejlődtek.

A második esetből pedig a következők derültek ki:

1. 3 nappal az utolsó coitus után észrevétele egy minimális laesionak, mely luesre gyanús. Jelentkezés az észrevétel 7. napján. *Spirochaetalelet* positiv. 8. napján az észrevételnek, az objectiv tünetek után ítélve, minden valószínűség szerint a fertőztetés utáni 25—31. napon széles alapon kiírás és a 27—31. napon az összes táji mirigyek kiírása.

2. A kiírtott mirigyekből készített Giemsa-praeeparatumokban *spirochaetákat* nem találtunk.

3. A kiírások ellenére a kiírások utáni 23. illetőleg 21. napon, a felvett fertőztetés után a 48—54. napon 3 lencsényi roseola, majd a következő 18 napon belül még egy ilyen roseola és 5 papula keletkezett. A papulákban *spirochaetalelet*. A későbbi hónapokban 50 bedörzsölés dacára toroktünetek.

4. 46 nappal a kiírás után a monyon a kiírtott laesio hegje mellett egy új, lencsényi, kemény beszűrődést vettünk észre.

Az eredmény tehát mindkét esetben negativ volt a tünetek kimaradását illetőleg.

Erre ugyan azt mondhatná valaki, hogy a kiírások későn történtek. Hát ez kétségtelenül igaz, de erre csak azt felelhetem, hogy a laesiók (minimális beszűrődés, alig babnyi mirigy) oly jelentéktelenek voltak, hogy biztos kórismét csakis a *spirochaetalelettel* állíthattam fel és hogy természetes fertőztetések után a fentieknél korábban nagyon kevés, mondhatni kivételes eset fog észlelés és kezelés alá kerülni. A fertőztetés után 8—15 nappal klinice diagnosztizált állítólagos sklerosisokban, mint a műyeneket ismételtelen közöltek, én nem bírom, mert még a mesterséges oltásoknál, a midőn pedig a fejleményeket úgyszólván óráról-órára követhetjük, csak 2—3 hét múlva konstatálhatjuk a fogamzást alig kendermagnyi beszűrődés alakjában. Természetes fertőzések után a legelső gyanús jel, a mint azt fentebb már jeleztem, még később szokott észrevéetni. És csakugyan az utóbbi 8—9 hó alatt összes kórházi és magángyakorlatomban a 2 fenti beteg jelentkezett a legkisebb és legfiatalabb, luesre gyanús laesioval. Az ilyenek kiírása pedig már nem mutatkozott abortiv gyógy-módnak.

Sőt még azt sem mondhatjuk teljes bizonyossággal — bár a fenti 2 eset mellett látszik szólni —, hogy e radikális beavatkozással a lues vírusát megfogyasztottuk, az általánosodást gyengítettük és így a lefolyást enyhítettük volna. Erre csakis a további észleletek és újabb kísérletek fognak határozott feleletet adhatni.

A korábban való kiírthatás esélyei ezután csak úgy nagyobbodhatnak, ha minden genitális laesiót, akármily csekélynek és ártalmatlannak látszó legyen is, rögtön a jelentkezés pillanatában *spirochaetára* megvizsgálunk; ezzel azután a kiírás értékének esélyei is növekedhetnek, de csakis ezzel.

Ugy hogy mindezek után, az utóbbi pontot — a *spirochaetavizsgálatot* — magában foglaló módosítással, ma is úgy áll az első nyilvánulás kiírásával való abortiv orvoslás tétele, mint azt említett munkámban formuláztam, azaz: „Ha a beteg a nemi érintkezés utáni napokban vagy az első héten egy horzsoltséggal, folytonossághiánnyal jön hozzánk (különösen ha a confrontatio vagy most: a positiv *spirochaetalelet*) is a gyanú alaposságát igazolja, ne habozzunk a fertőzöttnek vélt helyet és a környéki szövetet kiírni vagy thermocauterrel széttroncsolni. De jelentsük ki a betegnek, hogy ha fertőzött a hely, ez elpusztítás ellenére is kifejlődhetik a syphilis.”

„Ajánljuk a kiírtást még azon esetekben is, a midőn már kezdődő sclerosis van jelen, de ez hozzáférhető és helyesen kiírható és mirigyduzzanat nem kíséri. De a beleegyezést ne esikarjuk ki és sohase biztassuk a beteget sikerrel, mert ezt tenni, a mint láttuk, nem áll jogunkban.”

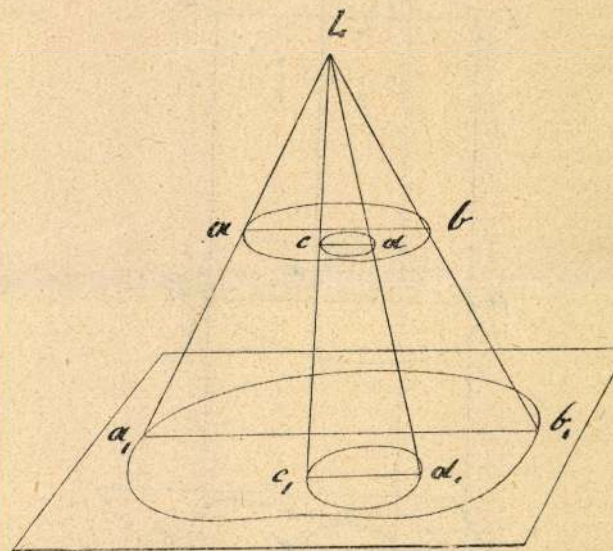
Közlés az I. számú belorvostani klinikáról. Igazgató: Korányi Frigyes dr., ny. r. egyetemi tanár.

### Az orthodiagraphiáról.<sup>1</sup>

Irta: Elischer Gyula dr. tanársegéd és Engel Károly dr. gyakornok.

Orthodiagraphia vagy orthoröntgenographia alatt értjük azon eljárást, midőn Röntgen-sugarakkal valamely tárgy igazi nagyságát határozzuk meg, annak árnyékképéből. Közönséges átvilágításnál vagy fotografálásnál ugyanis nem kapjuk meg a test igazi nagyságát, a mennyiben az árnyékkép mindig nagyobb, mint a test maga.

Ennek magyarázata nagyon könnyen érzékelhető a mellékelt ábrával. Legyen az I. ábrán L pont a Röntgen-lámpa antikathodjának azon pontja, a honnan a Röntgen-sugarak kiindulnak, azaz a kathod focusa. Az e pontból jövő sugarak divergálása folytán a test árnyéka nagyobb, mint a test maga, annál nagyobb, mennél nagyobb a felfogó ernyő távolsága a testtől, illetve mennél közelebb van az illető test a lámpához.



I. ábra.

Ha ellenben úgy járunk el, hogy valamely mozgatható lámpával először a test egyik pontját vesszük fel arra merőleges sugarakkal, azután körülve a lámpát a test szélének többi pontját hasonlóképen vesszük fel (II. ábra), akkor megkapjuk a test igazi nagyságát.

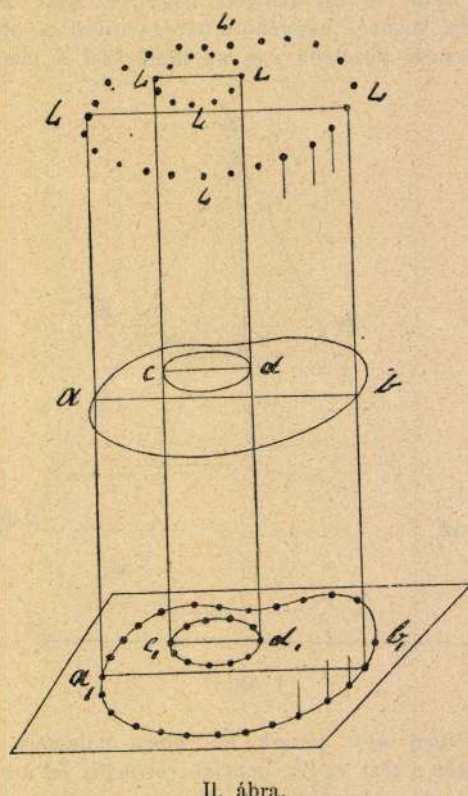
Az eljárás lényege tehát az, hogy csakis a testre merőleges sugárral dolgozunk és azt körülvezetve a test szélén, a test ezen sugárra merőleges keresztmetszetének teljesen megfelelő nagyságú árnyékát kapjuk meg.

Ezen elv van megvalósítva az ezen célra szolgáló eszközök, az orthodiagraphok összes fajtáin, melyek ma már elég jelentékeny számmal vannak képviselve, az eljárás tulajdonképeni kialakítójának Moritznak legrégebbi orthodiagraphjától kezdve, Hirschmann, Levy-Dorn és Grunmach eszközein, mely utóbbit néhány szóval bátrak vagyunk eldemonstrálni. Ezen eszköz úgy függőleges, mint vízszintes helyzetben használható. Lényege valamennyinek az, hogy a Röntgen-lámpa szilárd, el nem mozgatható összeköttetésben van a baryumplatineyanür-ernyővel, melynek közepén egy kis nyílás van az írókészülék számára. A beállításnál elsőrangú fontosságú, hogy a lámpának centrális, az ernyőre merőleges sugara csakugyan az ernyő középpontjára essék, miről meggyőződhetünk oly módon, hogy

<sup>1</sup> A budapesti kir. orvosegyesületben tartott előadás.



ebbe a nyílásba egészen betölt fémrúdacska árnyéka az ernyőn megfelel a kívágott nyílásnak. Ha a lámpa nincs jól centrozva, akkor a fémrúd árnyéka jobbra vagy balra, előre vagy hátra esik a középponti nyílástól. A lámpa felett diaphragma van, egyrészt a secundaer sugarak visszatartására, másrészt a vizsgálendő egyének védelmére. A lámpa a vele szilárdan összefüggő ernyővel szabadon mozgatható minden irányban. Ha most valamely testet, pl. valamely egyén szívének orthodiagrammját akarjuk felvenni, az egyént lefektetjük és az ernyőt oly módon mozgatjuk, hogy az írónak megfelelő nyílása valahol a szív szélével esik össze és akkor az író segítségével ezen pontot megjelöljük, még pedig vagy közvetlenül az illető egyén mellkasán, vagy pedig egy közbeiktatott rajzoló lapon. Ha most végig megyünk a szív szélének megfelelőleg és mindenütt egy-egy pontot csináltunk, akkor megrajzoltuk az illető egyén szívének orthodiagrammját. Természetes, hogy felvételnél az ernyőnek lehetőleg közvetlenül a mellkasfal előtt, illetve felett kell elhelyezve lennie, 1—2 cm.-nél távolabb ne legyen. Mivel a lámpa az ernyőtől és így a vizsgálendő egyéntől elég nagy távolságban van, mivel másrészt vastagabb testréteget, többnyire a mellkast kell átvilágítanunk és mivel továbbá a felvétel csak akkor sikerült, ha az árnyék-kép eléggé éles, elsőrangú fontosságú, hogy a Röntgen-lámpa



kellő intenzitású fényt adjon. A lámpa legyen elég kemény (Walterskála 5—6), a secundaer sugarak elhárítására, a mint említettük, használjuk a diaphragmát. Mivel azonkívül nagy intenzitású Röntgen sugarak fejlesztése céljából erős primaer árammal is kell dolgoznunk és többszörös vizsgálatnál vagy több egyén vizsgálatánál hosszabb ideig is, igen ajánlatos az orthodiagraphiánál a vízűtlámpák alkalmazása. Müllernek legújabb szerkezetű vízűtlámpái lehetővé teszik az orthodiagraphoknak hanyattfekvésben való használatát is, a mennyiben az antikathod tükre, szemben a régebbi lámpával, ilyenkor is vízzel van borítva.

Az orthodiagraphia<sup>1</sup> legfontosabb kétségkívül a szív nagyságának megítélhetősége szempontjából annyira, hogy Albers-Schönberg 1906-os könyvében az orthoröntgenographia fejezetében nem is beszél másról, mint a szív orthodiagraphiájáról. És ez kétségtelenül úgy is van, noha nem lehet tagadni, hogy az orthodiagraphiának más szervek vizsgálatában is, mint azt látni fogjuk, nagy jelentősége van, pl. az aneurysmák, mediast. tumorok, tüdő, diaphragma, gyomor vizsgálatánál. Mindazonáltal a szív

vizsgálata a legfontosabb és azért mindjárt rá is térünk ennek részletes tárgyalására.

Az orthodiagraphia az egyedüli eljárás, melylyel physikai szabotossággal élő ember szívének nagyságát illetve a szívnek a mellkas felületével párhuzamos legnagyobb projectioját meghatározhatjuk. Az eljárásnak megbízhatósága és pontossága irányában végzett ellenőrző vizsgálatok minden tekintetben kielégítők és bizonyítók. Úgy Moritz experimentális vizsgálatai által, fémtárgyak, valamint izolált és vérrel megtöltött emberi szív nagyságának felvételével, vagy pedig hullákon utólagos fagyasztás útján való összehasonlítás által meg volt állapítható, hogy az orthodiagraphiával csakugyan a szív igazi nagyságát sikerül megállapítanunk. Ha a szív orthodiagraphiájával foglalkozunk, akkor mindenekelőtt tisztában kell lennünk azzal, hogy hogyan néz ki egy egészséges ember szívének orthodiagrammja, és hogy az orthodiagramm széleinek képzésében mely szívrészek vesznek részt. Ha egy egészséges ember mellkasát orthodiagraph segítségével átvilágítjuk, azt találjuk, hogy a gerincoszlop és a sternum által alkotott árnyékot a szív és nagyerek árnyéka mindenütt meghaladja, a szív maga képezi mindkét oldalt a középpárnyék széleit. Ezen középpárnyékon jobbról és balról fenn két sekély, kifelé domború ívet látunk, ugyanezek domború ív van alul is jobboldalt, és egy erősebben domború ív baloldalt, mely utóbbi 2 ív alul a diaphragmáig ér. A jobb felső ívet a vena cava sup., baloldalt az aorta ascendens alkotja, a jobb alsót a jobb pitvar, a bal alsót a bal kamra. Baloldalt az aorta és a bal kamra között néha még egy másik kifelé domború ívet találunk, mely a conus pulmonális, illetve máskor a bal fülcső vagy pitvar által van alkotva. Röntgen-átvilágításnál úgy tűnik fel, mintha a szív a diaphragmába volna süllyesztve, oly módon, hogy a szívnek legalsó részét a szintén árnyékot alkotó diaphragma fedi. Természetes, hogy e miatt átvilágításnál teljesen éles árnyékot csak a szívnek a diaphragma feletti része ad, ez azon szívész, melynek körvonalai mindenkor a legpontosabban kirajzolhatók. Hogy a szívből mennyi van a diaphragma felett és mennyi van a diaphragmába süllyesztve, az már normális körülmények között is igen változó az egyének szerint. Megtörténhetik ugyanis, hogy a szívesűcs még a diaphragma felett van, azaz a szív legnagyobb szélességét a diaphragma felett éri el és a diaphragmába a szív alsó domborulatának csak egy része van süllyesztve, ez a *meredek típusú* szív. Vannak azután olyan esetek, hogy a szívesűcs a diaphragmába fekszik, ez az úgynevezett *lapos szív*. Természetes, hogy minden esetben arra kell törekednünk, hogy a szívesűcsot, illetve a szív alsó részét is lehetőleg kirajzolhassuk. Ez az esetek egy nagy részében sikerül is, a mennyiben a szívesűcs sötétebb árnyéka a diaphragma illetve a bal májleány világosabb árnyékán át elég jól differenciálható és ilyenkor a szív baloldali szélének az alsóba való áthajlása jól kirajzolható. Épen úgy törekednünk kell arra is, hogy jobboldalt a szív jobb szélének az alsó szélbe való áthajlását felvehessük, a mi ugyancsak sikerült az esetek egy részében. Ha ez mindkét oldalon sikerül, akkor a szív körvonalaitságyszólván teljes egészében felvehettük az orthodiagraph segítségével és a mennyiben a ki nem rajzolható alsó szél a két vonal folytatásába esik, ebben az esetben a szív kirajzolása nagy pontossággal történhetik. Sajnos azonban, ez az esetek egy részében még a legkifogástalanabb fényt szolgáltató lámpa alkalmazása mellett sem lehetséges. Ily esetben meg kell elégednünk azzal, ha a jobb és bal határoknak az alsóba való átmenetét legalább a kezdeti részben, azaz közvetlenül az áthajlási helyen kirajzolhatjuk, úgy hogy azután a görbületek folytatásában az alsó határt rajzolás útján megszerkeszthetjük.

Volna ugyan egy eljárás, melylyel a szívnek ezen részét minden esetben hozzáférhetővé lehetne tenni a vizsgálatnak és ez az volna, hogy a vizsgált egyénnel mély légvételt véteünk, a mikor is a diaphragma leszállása következtében a szívesűcs sötét a szív alsó része is nagy terjedelemben szabadabb lesz. Ezt azonban megtennünk azért nem szabad, mert a mély légzés a szívnek fekvését és nagyságát jelentékenyen megváltoztatja, mint erről részletesebben lesz még szó, úgy hogy nem kapnók meg a szív eredeti nagyságát és helyzetét. Fontossággal ezen körülmény az orthodiagramm felvételét illetőleg azonban annyiban bír, hogy a

<sup>1</sup> E helyen annak csak belorvostani alkalmazását tárgyaljuk.



vizsgálat kezdetén, míg a vizsgáló szeme el nem fáradt, a diaphragmában len fekvő szívészleletet kell törekednünk kirajzolni. Ha az első határ megrajzolása után a jobb pitvar és a bal kamara görbületeit felfelé is meghosszabbítjuk, akkor zárjuk a nagyerek felé a szívet, a mennyiben ez a hely a billentyűk tapadásának felel meg. Természetes, hogy ez azonban már tisztán csak rajzolás útján szerkeszthető meg.

Ismerve most már fővonásokban az orthodiagramm alakját, lássuk részletesen, hogy mint megy az orthodiagramm felvétele. Mindenekelőtt azon kérdés tisztázása a fontos, álló vagy fekvő helyzetben vegyük-e fel az orthodiagrammot és hogy azt vajjon a mellkasra rajzoljuk-e vagy pedig egy közbeiktatott papírlapra. Ezen eljárás mindegyikének megvan a maga előnye és hátránya, úgy hogy a szerzők véleménye e tekintetben eltérő. Fődolog ezen eljárások mérlegelésénél az, hogy a vizsgált egyén a vizsgálat tartama alatt abszolút nyugalomban legyen. Ez természetesen sokkal könnyebben érhető el fekvő helyzetben, a hol a rögzítést maga a test súlya végzi el, kivált ha, mint a Moritz-féle asztalon, a beteg kényelmesen a könnyen átvilágítható vitorlavásznzon nyugszik. Epen ezen körülmény a legjelentősebben szól a fekvő helyzetben való felvétel mellett. Álló helyzetben a vizsgálandó egyén rögzítéséről mindig külön készülék segítségével kell gondoskodnunk, melynek ellenére sem oly nyugodt a vizsgálandó egyén tartása, mint fekvő állapotban. A fekvő helyzetben való felvétel mellett szól az is, hogy egyéb physikális vizsgálati eljárásainkat, első sorban a kopogtatást is; rendesen a beteg fekvő helyzetében végezzük. Indokolás volna talán az álló helyzet mellett az, hogy épen a szívbetegnek közül némelyik a hanyattfekvést dyspnoéja miatt nem tudja elviselni. Ha azonban az eszköz be van állítva, akkor a vizsgálat oly rövid ideig tart, hogy a szerzők tapasztalatai, valamint saját tapasztalataink alapján mondhatjuk, hogy alig akad beteg, ki oly rövid időre a hanyattfekvést el nem bírná, de ezen beteg azután az álló helyzetben szükséges nyugodtságot sem tudná betartani. A vizsgálatok túlnyomó száma épen azért a fekvő helyzetet fogadja el a legcélszerűbbnek és tapasztalataink alapján ehhez teljes mértékben hozzá is járulhatunk. Elősegíti illetve lehetővé teszi az ezen helyzetben való átvilágítást, mint már említettük, Müllernek új szerkezetű lámpája. Mindenesetre azonban előnyt érdemel azon orthodiagraph, mely mindkét helyzetben használható, hogy adott esetben a függőleges helyzetben való felvétel lehetősége is fennmaradjon.

A második kérdés, hogy közvetlenül a mellkasra rajzoljuk-e az orthodiagrammot vagy pedig a mellkastól független papírlapra. Ha papírlapra vesszük fel, akkor első sorban arra kell vigyáznunk, hogy a beteg meg ne mozduljon, mert minden vízszintes irányban való legesekélyebb eltolódás teljesen megghiúsítja a helyes felvételt. Ez nyomósan szól a papírlapra való felvétel ellen, a mennyiben a mellkasra való kirajzolásnál a betegnek mozgása, vízszintes irányban való elfordulása hibát nem okoz, az esetleg hibát okozó oldalfordulás pedig sokkal könnyebben elkerülhető. Másrészt meg ha független papírlapra vettük fel az orthodiagrammot, akkor annak a mellkas irányító pontjaihoz, középvonal, szegycsont, bimbóvonal stb. való vonatkozása nehézségekkel jár, a mennyiben ezeket megelőzőleg ólommal kell megjegyezni és a szív kirajzolásánál ezeket szintén fel kell venni.

Ha azután a papírlapra rajzolt orthodiagrammnak részletesebb mellkasi projectióját akarjuk, pl. a bordákhoz, akkor az orthodiagrammot üveglapra kell felvenni és a felvett irányítójegyek segítségével a mellkasra illeszteni. A mellkasra kirajzolt orthodiagrammnak az irányító pontokhoz való vonatkoztatása azonban egyszerű, az egész kép rendkívül szemléltető, demonstráló, esetleges percussió vizsgálati eredményekkel összevethető. Igaz, hogy mély légvételnél a szívnek és a rajzolásra felhasznált alapnak, a bőrnek az eltolódása ellenkező irányú, mint azonban látni fogjuk, felvételnél ezt elkerülni törekszünk az által, hogy a beteg mély légvételt nem vesz, illetve az esetleges mély légvétel alatt nem rajzolunk. Másrészt azonban igen jelentős okok szólnak a mellkasra való rajzolás ellen. Nehézségbe ütközik első sorban a mellkasra kirajzolt orthodiagrammnak papírlapra való lerajzolása. Ha ugyanis a mellkas bőrén felvett orthodiagrammot rögzíteni akarjuk, akkor nem lehet egyszerűen áttetsző papirost tenni a mellkasra és a rajzot lemásolni, mivel a mell-

kas fala domború és így a papirosra felvett rajz nagyobb volna, mint a felvett rajz. A rajzolás csak úgy történhetik, ha üveglapot illesztünk a mellkasfalra, erre lemásoljuk a rajzot és erről a papirosra. Természetes, hogy a kétszeri átrajzolás, kivált az első, az üveglapra való felvétel, mivel az üveglap a domború mellkasra pontosan nem illeszthető, jelentékeny hibaforrásokkal jár, a mi természetesen ezen eljárás igen nagy hátránya a független lapra való felvétellel szemben. Férfinál a hiba még nem is volna oly jelentékeny, nőnél azonban, a hol a szív projectiójának egy része az emlőre esik, az üveglapra való lerajzolásnál ezt félrenyomjuk és ez által ha nem vigyáznunk, igen jelentékeny hibába esünk. Ezen hiba elkerülésére ajánlja pl. Albers-Schönberg a mellkason kirajzolt orthodiagramm lefotografálását.

Mindezek után kétségtelen az, hogy a független papírlapra való felvétel egészben sokkal pontosabb, úgy hogy ha a szív nagyságát akarjuk felvenni felület, átmérők meghatározása vagy összehasonlítása céljából, akkor a legpontosabb eljárás a független papírlapra való felvétel, a mennyiben itt a hibával járó átrajzolás elmarad, úgy hogy újabban csakugyan ezen eljárás mellett foglalnak állást a vizsgálók. Hogy e mellett a mellkasra való kirajzolás is eszközölhető legyen, ajánlja Groedel külön e célra beállított írókészülék alkalmazását, melynek segítségével mindkét felvétel eszközölhető. Mindjárt e helyen megjegyezzük, hogy egy és ugyanazon egyén két különböző időben felvett orthodiagrammjának összehasonlításánál fix pontokul sem a bimbót, sem a diaphragmát vennünk nem szabad, hanem csak a középvonalat, sternumot, bordákat.

Vegyük már most egy adott esetet, hogy valakinek a szívet fekvő helyzetben a mellkasfalra akarjuk kirajzolni; lássuk ez esetben az orthodiagramm felvételének részletes technikáját. Miután meggyőződünk arról, hogy az orthodiagraph pontosan van beállítva és hogy a beteg teljesen vízszintesen fekszik, valamint, hogy az ernyő lehetőleg közel van a test felszínéhez, megkezdjük a felvételt. Említettük már, hogy legelőször a szívesűcsnek a diaphragmában fekvő részét törekszünk kirajzolni, a nélkül, hogy a beteggel mély légvételt vétetnénk, sőt ellenkezőleg vigyáznunk rá, hogy az egész felvétel sekély légzésnél, sőt lehetőleg légzési szünet alatt történjék. Megjelölve a bal diaphragma állását is (a diaphragmát rendesen kilégző helyzetben vesszük fel), most a bal szívhatárt vesszük fel, vigyázva arra, hogy mindig a szív diastolés állását jelöljük meg, a mi könnyen sikerül, bár megjegyezzük, hogy a különbség a systolés és a diastolés állás között nem oly jelentékeny, mint a hogy az ember gondolná. Moritz egy igen erőlyesen összehúzódó és nagy kitéréseket végző szívnél, morbus Basedowii esetében, a legnagyobb kitérés helyén a szívesűcsen 0.6 centimeter linearis különbséget talált csak.

Felfelé haladva a bal szívszélén, vigyáznunk a görbületek találkozó pontjaira, ezen a helyen a pontozást sűrűbben is eszközöljük. Fontos dolog, hogy ne haladjunk végig a rajzóval a szív szélén, hanem mindig térjünk ki a világos tüdőterületbe, mivel akkor a szívárnyék felé való haladásnál a szél a legpontosabban meg tudjuk ítélni. Ugyanezt végezzük azután a jobb oldalon, ugyancsak vigyázva, hogy az alsó szélbe való áthajlást pontosan megjelöljük. Jobboldalt kivált felül az árnyék határa nem oly éles, mivel itt a vena cava árnyéka nem oly sötét, e helyen igen óvatossá kell lennünk a kirajzolásnál annál inkább, mivel itt van az úgynevezett „Begleitschatten“ is, a tüdőhilusban elágazó nagy erek, de kivált a hörgők által feltételezett árnyék, a mi bizonyos körülmények között zavarólag hathat. E között és a szív árnyéka között azonban rendesen világos csík van, úgy hogy a szív széle elég pontosan felvehető. A mi a pontoknak egymástól való távolságát illeti, elég  $1\frac{1}{2}$  cm., ha azonban új domborulat vagy szöglet jön, 1 cm. kell vagy  $\frac{1}{2}$  is. Franke minden esetben kirajzolja e mellett végig az összes tüdőhatárokat is. A képek igen szemléltetők és nagy érdekességgel bírók, azonban magának a szívdiagrammnak értelmezését nem igen segítik elő, a mennyiben nem igen segítik elő a szívnek egyes irányító pontokhoz való vonatkozását, legfeljebb ugyanazon egyén orthodiagrammjának összehasonlítását teszik lehetővé. E mellett természetesen jóval több időt vesz igénybe ezen eljárás, e miatt sok betegnél nem is vihető ki és ezért a rendes felvétel alapjául nem is fogadhatjuk el.



A mi az orthodiagraphia technikáját illetve az ebből folyó hibákat illeti, újabban Guttman, Moritz régebbi vizsgálataival szemben, két egymás után felvett orthodiagramm között az eltérést  $\frac{1}{2}$  cm.-re becsüli, ha különböző egyének eszközlik a felvételt, 1 cm.-re. Ezzel szemben Moritz újabb dolgozataiban hangsúlyozza, hogy ugyanazon felvételek mellett különböző alkalommal ugyan azon egyén szívére majdnem indentikus képeket lehet nyerni. Vizsgálatai szerint ugyanazon egyénnél a szív dimenziói (hossz-átmérő, harántátmérő) különböző felvételeknél néhány mm.-nél nagyobb különbségeket nem mutatnak. Moritz erre nézve két assistensével (*Dietlen és Schäffer*) külön felvételeket végzett és ezen vizsgálatokból kiderült, hogy az esetek 95 3/100-ában a haránt, 92 8/100-ában pedig a hosszátmérő mutatott különbséget, mely azonban 3 mm.-nél nagyobb nem volt, rendszeren csak 1—2 mm. Ha egy egyén végezte a felvételeket, akkor a pontosság még nagyobb, a mennyiben a számok 96 2/100 és 93 5/100 voltak.

Dietlennek a szívfelületre vonatkozó vizsgálataiból kiderült, hogy több egymásután következő felvételnél és mérésnél 5 cm<sup>2</sup>-nél nagyobb eltérés nem volt.

(Vége következik.)

**Közlemény a budapesti „Stefánia” szegénygyermek-kórházból. Igazgató: Bókay János dr., egyetemi ny. r. tanár.**

### Az oesophagoskopiáról.

Írták: *Winternitz M. Arnold* dr., egyetemi magántanár, kórházi sebészorvos és *Pauz Márk* dr. műtő, a „Budapesti kerületi általános munkásbetegsegélyező pénztár” orr-gégeorvosa.

(Vége.)

Az idegen testek az esetek túlnyomó többségében a nyelőcső felső részében, az apertura thoracis táján akadnak fenn, a mi *Hacker* is hangsúlyoz és a mi eseteink is oly világosan bizonyítanak. Ezért *Hacker* óva int a vaktában végzett letolási kísérletektől, mert nem sikerülésük esetén csak fokozzuk általa az esetleg későbbben eszközendő oesophagoskopikus extractio nehézségeit, a mennyiben az idegen test a letolási kísérletek révén lejjebb, a hiatus oesophageus fölé kerül. Nagyobb mélységből pedig az extractio rendszerint azért nehezebb, mert hosszabb tubusokat, hosszabb fogókat kell használnunk, a mellett pedig a bevilágítás intenzitása is a tubusok hosszával egyenes arányban csökken. Mindenképen azon kell tehát lennünk, hogy a nyelőcső felső szakaszaiban fennakadt idegen testek az extractio kísérletek közben lejjebb ne csússzanak, mert a nyaki részlettel való eltávolításukkal arányban az oesophagotomia eredményes kilátása is csökken. Az oesophagotomia collaris segélyével a nyaki szakaszba beékelte idegen testek directe elérhetők. A mélyebb mellkasi szakaszokban beékelte idegen testeket az oesophagotomia collaris után is a seben át bevezetett tubusok segélyével kell felkeresnünk és kihúznunk, ha csak nem akarjuk a beteget a sötétben bevezetett műszerek veszélyének kitenni.

Mi még nem voltunk abban a helyzetben, hogy idegen testek miatt a nyelőcsövet meg kellett volna nyitnunk. A 19. sz. alatt ismertetett esetben is sikerült az idegen testet a kipaaparált nyelőcsőben annak megnyitása nélkül visszahozni a garatba. Az eljárás igen egyszerű és könnyűnek bizonyult és sima felületű idegen testek esetében az oesophagus megnyitása előtt mindenestre megkísérlelnünk tartjuk és ajánljuk.

Hegyes testeket, nevezetesen csontdarabokat, szálkát, tűt, fogászati prothesiseket stb. a lehető leggyorsabban kell eltávolítanunk. Ezek sértik, perforálják legkönnyebben és leggyorsabban a nyelőcső falát és okozzák rövid idő alatt a legsúlyosabb szövődeményeket. Egy idevágó esetet szintén volt alkalmunk észlelni a magángyakorlatban.

21. Sz. S., 67 éves, hivatalnok. Régebb idő óta betegeskedik: évek óta állandó köhögés, bőséges genyes váladékkal. Tuberculosis pulmonum. Mindkét tüdőben infiltrátumok, pleuritikus összenövések. 1906 december 3.-án a vacsoránál csirkecsontot nyelt. Azonnal jelentkezik vizsgálatra. A nyak bal oldalán a gyűrűporcz magasságában fájdalmas pont. Idegen test nem tapintható. A rendkívül izgatott, folyton öklendező, köhögő és krákogó betegnél a gégetükri vizsgálat is csak nagy nehezen végezhető cocainanaesthesiában. Idegen test a gégé-

ben nem látható, de a jobb hangszalag kissé paretikus. Oesophagoskopikus kísérletbe a beteg nem egyezik bele. E miatt a megiehetősen kimerült és amúgy is gyenge betegnél várakozó álláspontra helyezkedve, a következő napokon némi fájdalom volt ugyan a gyűrűporcz bal oldala mögött, de már harmadnap folyadékot és pépes táplálékot elég jól nyel; láztalan. December 9.-én jelzi, hogy a csont per rectum távozott, a mit a székletétnél érzett, rendkívül heves fájdalomból vélhetően állíthatni. A csontot a closetben nem kereste meg. Ezután a tünetek javultak. Fájdalmak alig vannak; a nyelés elég jól megy. December 11. Nagy fájdalmak a nyak bal oldalán. A nyelés ismét nehezebben megy. December 13. Mérsékelt hőemelkedés (37.8—39.1 °C) mellett teljes nyelési képtelenség. Együttal a bal musc. sterno-cleido-mastoid. és a gége között a mélyben homályos resistentia tapintható, mely elmosódott duzzanat alakjában kívülről is kezd láthatóvá válni. Az ekkor megéjtett oesophagoskopia, mely 20/100-cs cocainanaesthesiában bal oldalfekvésben csak nagy nehezen volt keresztülvihető, mutatja, hogy az előzetesen szondával a gyűrűporcz magasságában tapintott elastikus ellentállás a nyelőcső lobosan beszűrődött és a lumenbe tumor-szerűleg benyomul, exulcerált bal fala által okozatik. Csont nem található, ellenben a vattatömpönök, melyeket a látótér tisztítására használtunk, rendkívül bűzös, sötét feketebarna, ichorosus váladékkal fedettek. Ezen akadály felett és alatt a nyelőcső lumene szabad.

Nyilvánvaló volt tehát, hogy a csont okozta sérülés nyomán perioesophageális mély nyaki tályog keletkezett. A beteg műtét czéljából a szt. István-kórházba vétette fel magát, a hol Hüttl Hümér dr. egyetemi magántanár 1906 december 14.-én reggel a tályogot megnyitotta. Chloroformnarcosis. A bal sterno-cleido-mastoidus belső széle mentén 10 cm. hosszú metszés. A nagyerek kifelé, a gége median felé húzatván, a tályog csakhamar megnyitatik. A tályog a gyűrűporcz táján székel, gyermekököllyi, igen bűzös, eves genynyel telt. Lefelé, a mediastinum felé nem terjed. A nyelőcső külsőleg nincs átfúrva, csont nem találtatott. Tamponade. A beteg a narcosisban végzett műtétet jól tűrte. Este hőmérséke 36.2 °C, a szív működés jó. Folyadékot tud nyelni. December 15. A beteg folyadékot jól tud nyelni és azt nagy mennyiségben fogyasztja. Reggel hőmérséke 37.6 °C, szív működés gyenge, pulsus 120. Igen kiterjedt zörejek a tüdők felett, bő váladékkal, de azt a beteg felköhögni nem tudja. Délután 5 órakor folyton fokozódó szívgyengeség tünetei között bekövetkezett a halál. Boncsolás nem történt.

Ezen eset élénken illusztrálja a beékelte hegyes idegen testek veszélyeit, ámbár ez esetben a beteg magas kora és egyébként is elgyengült állapota lényegesen hozzájárult a szövődemények végzetes lefolyásához.

Az ilyen szövődemények prognosisa általában rossz; a halálozás igen nagy és annál nagyobb, minél mélyebben történik a nyelőcső falának sérülése és az ebből folyó perioesophageális tályog vagy phlegmone kifejlődése. Ezért veszélyesek a hegyes idegen testek, első sorban a csontdarabok, tűk, szálkák és fog-sorok. Utóbbiak a lemezeiken alkalmazott horgokkal sértenek és ékelődnek be a nyelőcső falába. Ilyen beékelődésnél csak az oesophagoskopia adhat kellő felvilágosítást. Az oesophagoskopia főelőnye, hogy segélyével a szem ellenőrzése mellett sikerül a beékelte idegen testet oly helyzetbe fordítani, hogy azután már könnyen és veszély nélkül kihúzható. A kihúzásnál a legnagyobb nehézségeket a nagyobb szögletes, szilánkos csontdarabok mellett a fog-sorok (fogászati hidmunkák) okozzák, egyrészt nagyobb méreteik, másrészt a nyelőcső falába könnyen beakadó horgaik miatt. Ezek néha az oesophagoskop segítségével sem húzhatók ki egy darabban. *Mikulics, Hacker* ilyen esetekben az extractio előtt sikeresen összeaprította az idegen testet a nyelőcsőben; *Killian* egy ilyen fog-sor kaucuklemezét platinkacsallal égette át és azután darabokban távolította el az oesophagoskop segítségével. Ha így sem boldogulnánk, akkor érvénybe lép az oesophagotomia, mely annál könnyebben vezet célra, minél magasabban székel az idegen test. Ha oesophagotomiát kell végeznünk, akkor is legegyszerűbb a nyelőcsőn át egy rövid, de maximális tágasságú oesophagoskopot bevezetni és szemünk ellenőrzése mellett távolítani el a beékelte idegen testet.

Vannak esetek, melyekben már előre le fogunk mondani az idegen testnek oesophagoskopia segítségével való eltávolításáról. Ezek azok, melyekben biztosan tudjuk, hogy a nyelőcső át van fúrva vagy pedig már kifejlődött a perioesophagealis phlegmone. Így *Killian* is említ egy esetet, melyben fiatal ember söröspohárnak letört éles darabját nyelte le. Az üvegdarab a gyűrűporcz magasságában akadt fenn és átfúrta a nyelőcsövet, a mit a rendkívül heves fájdalommal kívül a bőr alatti emphysema is elárult. Nyilvánvaló lévén a nyelőcső perforáló sebe, oesophagotomia végeztetett. Az egyik éles szélével a nyelőcső falából kiálló üvegdarab könnyen volt eltávolítható. Az oesophagoskopikus extractio esetleg súlyosabb sérüléseket okozhatott volna.



Legszomorubb a beteg helyzete a nyelőcső mélyebb, mellkasi szakaszainak perforációi és az azokat követő periesophagális, illetve mediastinális phlegmonék eseteiben, mert az infectio területe a nyak felől alig vagy épenséggel nem érhető el, nem drainezhető. Ily esetekben a Hacker által ajánlott és általunk is többször végzett mediastinotomia collaris van helyén, melylyel a bifurcatio magasságáig terjedő mediastinumrész jól feltáráható. A tályog vagy phlegmone illetően történt feltárása után az oesophagus is a sebben megnyitandó, tubusokkal átvizsgálendő és a mennyiben az idegen test még benne volna, kihúzandó.

Az oesophagoszkópia sikeresen használható heges szűkületek tágtítására is. Habár heges szűkületnél a legtöbb esetben czélt érünk a rendszeres tágtításokkal, mégis vannak eseteink, melyekben csakis oesophagoszkópia segítségével lehetett a nagy fokban szűkült nyelőcső lumenét megtalálni és a tágtítást megkezdeni. Leginkább excentrikusan elhúzódtott lumennél vált be az oesophagoszkópia. Hacker, Ebstein, Rosenheim, Glücksmann is több esetről számol be, a melyekben az oesophagoszkópia segítségével jó eredményt lehetett elérni. Ebstein behatóbban foglalkozott heges szűkületeknek oesophagoskopikus úton való tágtításával és többször el tudta kerülni a már-már szükségesnek tartott gastrostomiát. Általában azonban kedvezőtlen esetekben az oesophagoskopiával sem fogunk czélt érni, a gastrostomia legtöbbször el nem kerülhető és akkor a Hacker féle retrograd tágtítással gyorsabban érhetjük el a kívánt eredményt.

Az oesophagoszkópia czélszerűen használható fel a nyelőcső fissuráinak, sérüléseinek helyi kezelésére is (Hacker, Gottstein, Rosenheim, Starck). Rosenheim helyileg argent. nitric.-eseteléseket végzett, hasonlóképen Gottstein is.

Palliative carcinománál is felhasználható az oesophagoszkópia egyes obturáló daganatrészeknek kacsacsál vagy fogóval való eltávolítására. Veszedelemesebb a Rosenheim által követett galvanocautikus eljárás. Sok hasznuk ezen palliatív műtéteknek nincsen; de mégis esetleg könnyítenek a betegek szánandó helyzetén, ha a nyelést csak néhány hétre is lehetségessé teszik. Egyik másik esetben sikerülhet a gastrostomiát is elkerülni, a melytől ezen betegek legtöbbje amúgy is irtózik.

Nagyobb jelentősége lehet az oesophagoskopiának a jövőben a carcinoma korai felismerésében. Némely esetben a magasabban fekvő nyelőcsőrak korai resectio által sikeresen lesz gyógyítható.

Jelentősége lehet még az oesophagoskopiának a mediastinális tumorok diagnostikájában is, többnyire kombinálva a tracheo bronchoskopiával.

**Irodalom.** 1. Waldenburg: Oesophagoskopie. Eine neue Untersuchungsmethode. Berl. klin. Woch., 1870. — 2. Stoerk: a) Die Untersuchung d. Oesophag. mit dem Kehlkopfspiegel. Wien. med. Woch., 1881. 8., 25., 30. szám. b) Ein neues Oesophagoskop. Wien. med. Woch., 1887. 34. szám. c) Die Untersuchung d. Speiseröhre (Oesophagoskopie). Wien u. Leipzig, Wilh. Braumüller, 1896. — 3. Morell Mackenzie: On the use of the oesophagoscope in disease of the gullet. The med. Times and Gazette. II. 1881. — 4. Mikulicz: a) Über Gastroskopia u. Oesophagoskopie. Wien. med. Presse, 1881. 45—50. szám. b) Beiträge z. Physiologie der Speiseröhre u. der Kardia. Mittheil. aus d. Grenzgebieten der Med. u. Chir., 1903. XII. — 5. v. Hacker: a) Ueber die Bedeutung der Elektro-Endoskopie d. Speiseröhre im Allgemeinen u. für die Entfernung von Fremdkörpern aus derselben im besonderen. Wien. klin. Woch., 1894. 49—50. szám. b) Oesophagoskopie bei Karzinom, Ätzstrikturen, Fremdkörpern. Wien. klin. Woch., 1889. 23. szám, 469. l. c) Über die Technik d. Oesophagoskopie. Wien. klin. Woch., 1896. 6—7. szám. d) Die Oesophagoskopie b. Krebs der Speiseröhre u. d. Mageneinganges. Beitr. z. klin. Chir., 1898. XX. k., 2. f. e) Die Oesophagoskopie u. ihre klin. Bedeutung. Beitr. z. klin. Chir., 1898. XX. k. 1. f. f) Über d. Entfernen v. Fremdkörpern aus d. Speiseröhre mittelst Oesophagoskopie. Beitr. z. klin. Chir., 1901. XXIX. k. 1. f. g) Zur operativ. Behandlung der periesophagealen und mediastinalen Phlegmone etc. Arch. f. klin. Chir. 1901. 64. k. — 6. v. Hacker u. Lotheissen: Die angeborene Missbildung, Verletzung u. Erkrankung d. Speiseröhre. Die Untersuchungsmethod. d. Speiseröhre. Handbuch d. prakt. Chir., 1900. II. köt. Ferd. Enke, Stuttgart. 7. Th. Rosenheim: a) Über Oesophagoskopie. Berl. klin. Woch. 1895. 12. sz. b) Beitr. z. Oesophagoskopie. Deutsche med. Woch., 1895. 50. sz. c) Über Oesophagoskopie u. Gastroskopia. Deutsche med. Woch., 1896. 43. szám. d) Über Fremdkörper-Extrakt. aus dem Oesophagus. Berl. klin. Woch., 1896. 48. szám. e) Über Sondierung d. Speiseröhre im Oesophagoskop. Berl. med. Woch., 1897. 22. szám. f) Beitr. z. Oesophagoskopie. Deutsche med. Woch., 1899. 4—5. szám. g) Beitr. z. Kenntniss d. Divertikeln u. Ektasien der Speiseröhre. Zeitschr. f. klin. Med., 41. k. 1—4. f. — 8. G. Gottstein: a) Technik u. Klinik d. Oesophago-

skopie. Mitteil. aus d. Grenzgebieten d. Med. u. Chir., 1901. 6. és 8. k. b) Die diagnostische Bedeutung der Probeexcision auf oesophagoskopischem Wege. Arch. f. klin. Chir., 65. k. 1. f. — 9. G. Kelling: a) Mitteil. z. Benutz. d. Oesophagoskops. Allg. med. Zentralzeitung, 1896. 7. szám. b) Endoskopie f. Speiseröhre u. Magen. Münch. med. Woch., 1897. 34. szám. c) Über Oesophagoskopie mit biegsamen Instrumenten. 27. Congr. d. deutsche Gesellsch. f. Chir., 1898. d) Demonstration d. Besichtig. d. Speiseröhre mit biegsam. Instrument. Allg. med. Zentralzeitung, 1898. 65. szám. — 10. L. Ebstein: a) Über Oesophagoskopie u. ihre therapeut. Verwendbarkeit. Wien. klin. Woch., 1898. 6. szám. b) Fremdkörper in der Speiseröhre. Wien. klin. Woch., 1899. 4. szám. — 11. G. Killian: a) Die oesophagische Diagnose d. Pulsionsdivertikels d. Speiseröhre. 6. Vers. süddeutsch. Laryngologen. Heidelberg, 1899. b) Kurze Anleitung z. Technik der direkt. Untersuchungsmethod. d. Luft- u. Speisewege. Für die Besucher der 70. Jahresversammlung der British Med. Assoc. als Manuskript gedruckt. c) Über die Entfernen von Fremdkörpern aus den Luft- u. Speisewegen. Münch. med. Woch., 1899. 32. szám. d) Ein schwieriger oesophagoskopischer Fall. Deutsche med. Woch., 1900. 51. szám. e) Zur Geschichte der Oesophago- u. Gastroskopia. Deutsche Zeitschr. f. Chir., 1901. 58. k. f) Demonstrat. von Fremdkörpern, die aus d. Speiseröhre, Trachea u. d. Bronch. stammen. 12. Versamml. südd. Laryngolog. Heidelberg, 1905. — 12. v. Eicken: Die klin. Verwert. der direkt. Untersuchungsmethoden der Luftwege u. der oberen Speisewege. Arch. f. Laryng. u. Rhin. 15. k. 3. f. — 13. Kirstein: a) Über Oesophagoskopie. 5. Versamml. süddeutsch. Laryngolog. Heidelberg, 1898. b) Die Besichtigung der Regio retro-laryngealis. Allg. med. Zentralzeitung, 1898. 89. szám. — 14. F. Kraus: Die Erkrank. der Mundhöhle u. der Speiseröhre. Wien, 1902. Alf. Hölder (Nothnagel's spez. Path. u. Ther. XVI. k.) — 15. J. Schreiber: Ein Oesophagoskop. Arch. f. Verdauungskrankh. 1902. VIII. — 16. G. Glücksmann: a) Demonstration eines neuen Oesophagoskopes. Berl. klin. Woch., 1903. 4. szám. b) Ziele, Fortschritte u. Bedeutung der Oesophagoskopie. Berl. klin. Woch., 1904. 23. szám. — 17. Harmer: Klinik d. Oesophagoskopie. Wien. klin. Woch., 1905. 35. szám. — 18. A. Reizenstein: Die Diagnose u. Extraction von Fremdkörpern der Speiseröhre mit dem Oesophagoskop. Münch. med. Woch., 1905. 6. sz. — 19. H. v. Schrötter: Weiterer Beitrag z. Oesophagoskopie bei Fremdkörpern. Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc., 1904. 11. szám. — 20. Winternitz M. Arnold: A nyelőcső felső felében fennakadt sima felületű idegen testek visszatolása a szájrátba a nyelőcső előzetes szabaddá tétele révén a nyak felől. Orvosi Hetilap, 1903. Gyermekgyógyászat, 3. szám. — 21. E. Fletcher Ingals: Oesophagoscopy and Bronchoscopy. The Journ. of the Americ. Med. Association, 1904. 21. szám. — 22. H. Starck: a) Die diffuse Erweiterung d. Speiseröhre. Deutsche Praxis, 1903. 7—8. szám. b) Fremdkörperextraktion im Oesophagoskop. Münch. med. Woch. 1905. 8. szám. c) Die Erkrank. der Speiseröhre. Würzburger Abhandl. 1903. III. k. 8—9. f. d) Die oesophagoskopische Diagnose divertikelartiger Erweiterungen der Speiseröhre. Arch. f. Verdauungskrankheiten, XI. k. e) Die direkt. Besichtig. d. Speiseröhre. Oesophagoskopie. Würzburg, A. Stuber's Verlag, 1905.

## T Á R C Z A.

### A gyakorlati orvostan akademiája Düsseldorfban.

A gyakorlati orvostan akademiáját 1907 július hó 27.-én a porosz közoktatásügyi miniszternek, a német s külföldi egyetemek képviselőinek jelenlétében nagy ünnepélylyel nyitották meg. A német kulturális intézmények száma újabban gyarapodott és pedig kizárólagosan a város bőkezűségéből. A Rajna partján 9 hektár területen 20 épületben 750 beteg számára kórház épült, melynek czélja, hogy a betegek gyógyításán kívül az orvosok továbbképzésére is szolgáljon.

Épen ezért a kórház az oktatás és a tudományos munka eszközeivel gazdagon fel van szerelve s az egyes osztályok, vagy a mint ők nevezik klinikák vezetőitül a város elsőrangú erőket nyert meg. Így a sebészeti osztály s egyúttal a kórház orvosi igazgatójának Witzel tanárt, a bonni egyetem eddigi ordináriusát, a kórbonczatani intézet vezetőjétül pedig Lubarsch tanárt nyerték meg.

A kórház pavilonrendszerben épült s az egyes épületeket magas és széles földalatti folyosó köti össze (úgy mint a drezdai kórházban). A bejáratot az igazgatósági épület foglalja el, ebben van a gyógyszerház, a kórházi orvosok legnagyobb részének lakása (egyesek az osztályokon laknak), a központi könyvtár, melynek első berendezésére 30,000 márkát fordítottak (ezenkívül minden egyes osztálynak külön kézi szakkönyvtára van), ugyan-ezen épületben vannak az összes irodai helyiségek. Közeli hozzá van a konyha és mosóház, mindkettő a jövő fejlődés érdekében úgy épült, hogy 1500 személyt is elláthat. A világítás mindenütt villamos, a kórtermek fűtése meleg vízzel, a fürdőké alacsony nyomású gőzzel történik. A mérszárszék és pékműhely külön épüle-



tekben nyert elhelyezést, úgyszintén az istálló s kocsiszin. Az orvosi igazgató számára lakásul egy emeletes pavillont építettek s minden kigondolható kényelemmel rendezték be, elkülönített kerttel s tennis-pályával. A két felekezet számára szolgáló templomi épület nagy szabad területen, virágágyak között áll. Az ápolónők számára nemcsak kényelmes lakásról, hanem társalgóról s való ságos otthonról történt gondoskodás. Később a kórház maga fog ápolónőket képezni, egyelőre a berlini központból kért s kapott világi ápoló személyzetet.

A sebészeti osztály a legtökéletesebb (a kórházigazgató a sebész), 3 nagy üvegfalú s fedelű kiugrás szolgál asepsises, sepsises operáló és kötöző helyiségül.

Ezekben semmi más nincs, mint letakart operáló asztal, minden ilyen terem mellett külön mosdó-, előkészítő-, sterilizáló-helyiség van. Mesterséges világításul a tetőn, de az üvegfalon kívül 7000 gyertyafényű világító testek szolgálnak. A szemészeti, orr-, gége- és fülészeti osztályok egyelőre két szárnyban vannak elhelyezve, de legközelebb külön épületeket kapnak. A szülészeti osztályon nincs közös szülészoba, mindegyik nő külön szobában vajdik s az esetleges operálásra az összes eszközök csoportosítva, külön sterilizálva állanak egy erre szolgáló mellékhelyiségben.

A belorvostani osztályhoz van csatolva a typhusbarakk s az úgynevezett therapeutikai intézet, mely külön épületben a physikai gyógymódok összes eszközeit a legnagyobb tökéletességgel s talán luxussal berendezve tartalmazza. Tisztasági, homok-, szénsav-, gőz-, moor-, villamos és napfürdők mellett nagy Zander-terem, inhalatoriumok stb. A gyermekpavillontól különválasztva van a 7 tagozatú, infectiós betegek számára szolgáló épület, mindegyik tagozatnak külön lépcsője s bejárata. Magánbetegek elhelyezésére 64 helyiségű külön épület szolgál, melynek berendezése a legkényesebb igényű beteget is kielégítheti.

A kórbonczani és bakteriologiai intézet nagy kétemeletes épületben van elhelyezve, míg a serumkutatók számára külön földszintes épület szolgál nyulak, majmok, kutyák, szárnyasok, sőt lovak elhelyezésére; hozzácsatlakozik egy tó békák számára. Ez utóbbi intézetet a bakteriologus *Wendelstadt* tanár vezeti.

A város e kórházra 7 1/2 millió koronát áldozott s fenn-tartása is évente megközelíti az egy millió koronát (egy része az ápolási díjakból megtérül).

A kórházzal kapcsolatos akademiáról a kölni akademia megnyitása alkalmából már tájékoztattam volt az Orvosi Hetilap olvasóit. Most csak annyit említek meg, hogy a ministerium által jóváhagyott szabályzat a következő feladatokat tűzi ki: 1. a kötelező kórházi gyakorlati év hasznos eltöltése, 2. alkalom speciális szakmákban való kiképzésre, 3. az orvosok továbbképzése, 4. ápolónők képzése, 5. tudományos munka.

Az első továbbképző tanfolyamot gyakorlóorvosok számára október 14–26.-án tartják. A gyakorlatok s előadások tanrendje szerint a jelentkezők reggel 7–1-ig és délután 3–8-ig találnak alkalmat továbbképzésükre.

Érthető, hogy ilyen intézmény megnyitása iránt úgy a kormány, mint a tudományos intézetek melegen érdeklődtek.

Az ünnepély a kórház megtekintésével vette kezdetét, innen a városi „Tonhalle“-ba siettek a meghívottak, a hol először *Marx* főpolgármester tartott beszédet, melyben a kórház és az akademia együttes alapításának jelentőségét fejtegette. A következő szónok *Greve* városi tanácsos (Beigeordneter) volt, kinek legnagyobb érdeme van a hatalmas intézmény létesítésében; néhány jellemző vonással feltárta azon fejlődést, melylyel Düsseldorf városa kis városból hatalmas kulturális és ipari központtá küzdötte fel magát. *Witzel* tanár beszédében tömören elének tárta a kórház célját s igen helyesen reámutatott, hogy a kórházi gyakorlati év hasznos eltöltésének előfeltétele a megfelelő alkalom s vezetés, hangsúlyozta a gyakorlóorvosok továbbképzésének s a művelt ápolónők nevelésének szükségét.

Nagy érdeklődést keltett *Holle* közoktatásügyi minister fel-szólalása, ki ezen minőségében ezúttal beszélt első ízben a nyilvánosság előtt. Tartalmilag s formailag egyaránt kiváló beszédet tartott, melyben megemlékezett azon bizalmatlanságról, melylyel az egyetemek s maguk az orvosok az új intézményt: az akademiát fogadták s azon diadalról, melylyel a kölni első ilyenmű intézmény az előítéleteket leküzdötte. Igen tapintatosan mutatott rá,

hogy az akademiának az egyetemekkel s az orvosi renddel való együttműködésre kell törekednie. Végül Düsseldorf városát ünne-pelte, mint a körületekintő, bőkezű gondoskodás mintaképét s a kitüntetések egész sorát nyújtotta át.

A minister után az egyetemek s testületek képviselői fejezték ki jókívánataikat. Heubner a berlini, Schultze a bonni, Gottlieb a heidelbergi, Mannkopf a marburgi egyetem orvosi fakultásának üdvözlését tolmácsolta, s valamennyien hangsúlyozták a testvéries együttműködést. Janssen a düsseldorfi művészi akademia nevében beszélt. A külföldi egyetemek közül elsőül a budapesti egyetem orvosi fakultásának képviselője szólott, utána Kaya tanár (kit a japán kormány táviratilag utasított, hogy Berlinből, hol az orvosi intézeteket tanulmányozta, a megnyitáson részt vegyen). A hollandi egyetemeket Nyhoff, a svájciakat Kolle tanár képviselte.

Ezután a tudományos egyesületek megbízottjai szólottak: *Czerny*, *Hegar*, *Schmidt* (a három excellentiás orvos), végül az orvosi kamarák nevében *Feldmann* és *Lent*.

Délután díszebéd, este a Rajnán hajózás s utána a művészek ünnepélye fejezte be a napot.

Sok tanulságot meríthetünk mi is e rövid vázlatos ismer-tetésből: megtanulhatjuk, hogy a hatalmas, nagy német nemzet ma is folyton szem előtt tartja *Bacon* mondását hogy a tudomány hatalom. A tudományos munka megbecsülésében, ápolásában s fejlesztésében az állam, városok s társadalom egymással versenyeznek.

Grósz Emil dr.

## IRODALOM-SZEMLE.

### Könyvismertetés.

**Wohlauer:** Urologisch-kystoskopisches Vademecum. Mit 34 Abbildungen. Wiesbaden. Verlag von J. F. Bergmann, 1907.

E kis könyvben a szerző, ki 6 évet töltött Nitze mellett mint assistens, összefoglalja röviden a húgyvisszervek megbetegedéseit és azon gyógykezelési módokat, a melyeket Nitze klinikáján alkalmaztak. A könyvet főleg az utóbbi okból írta, mert Nitze nagy művében csak a cystoskopiáról szól, a gyógyeljárásokat nem ismer-teti. Elméleti fejtegetésekbe és polemikába e kis könyvecske nem bocsátkozik, hanem híven tükrözteti vissza mindazt, a mire az orvosnak a gyakorlatban szüksége van; 10 fejezetben röviden, értelmesen tárgyalja az anamnesis felvételétől a therapiáig a szokásos eljárásokat, és sok apró részletkérdésre hívja fel a figyelmet, a melyek a diagnózis megállapítását megkönnyíthetik. A vizeletvizsgálat, a betegvizsgálat, a gonorrhoea, strictura, prostata-megbetegedések, here, húgyhólyag, vese külön tárgyaltnak. Rövi-den kitér a sterilizálásra is; czélszerű lett volna, tekintve, hogy e téren peccatur intra et extra, a sterilitás fontosságát még ismét-lések árán is bővebben tárgyalni. Egyébként e kis munkát főleg azok használhatják, kiknek e téren már megvan a kellő jártas-ságuk; de orvosnövendékeknek, mint a szerző véli, mégsem ajánla-nók, mert vademecumból „exakt“ készségre szert tenni nem lehet. A könyv kiállítása csinos, rajzai jók; az érdeklődő orvo-soknak nyugodt lélekkel ajánlhatjuk.

Steiner Pál dr.

**K. Hasebroek:** Die Zander'sche mechanische Heilgymnastik und ihre Anwendung bei inneren Krankheiten. Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1907.

A belső bajok orvoslásában is ma már nagy szerepet vivő physikai gyógyításmódok között fontos szerep jut a Zander-féle gymnastikának. Ennek az összefoglaló ismertetését adja az elő-tünk fekvő kis munka, a melynek általános része a gyógygymnasti-káról általában szól, azután a Zander féle gymnastika physio-logiai hatásait és más gymnastikai módokhoz való viszonyát ismerteti és a Zander-féle gymnastikával gyógyítás általános elveit foglalja össze. A részletes rész sorra veszi a főbetegség-csoportok szerint azokat a betegségeket, a melyekben a Zander-féle gymnastika a siker reményével használható. A kis könyv megérdemli, hogy mennél többen megismerkedjenek tartalmával.



## Lapszemle.

## Általános kór- és gyógytan.

A szénsav-belégzés lázellenes hatása. Támaszkodva azon felvételre, hogy a szénsavnak befolyása van a hőközpontokra, továbbá Pflüger, Senator és mások tapasztalatára, hogy a lázas betegek vérében aránylag kevés a szénsav: Wesselkin kísérleteket végzett állatokon, a melyek arra az eredményre vezettek, hogy a belégzett levegőnek 5% szénsavtartalma mellett a lázas hőmérsék 0,4–1,6°-kal csökken, 10% szénsavtartalma mellett pedig rendessé válik. Közösleges levegő légzése után a hőmérsék néhány óra múlva ismét az eredeti magasságára tér vissza. Mérgezés jelei ezen kísérletek alkalmával nem mutatkoztak. A szerző maga is légeztetett 5% szénsavat tartalmazó levegőt 1 órán át, a nélkül, hogy a legkisebb zavart érezte volna (Russki Wratsch, 1907. 14. sz.)

A tápláló csatorna rákja a fiatal korban. Bernaulli gyomor- és bélrák 3 esetét ismerteti; az esetek azért érdekesek a közlésre, mert fiatal egyénekre vonatkoznak. Ezzel kapcsolatban összeállította az irodalomból a 20. életéven alul előfordult gyomor- illetve bélrák-eseteket. Ilyent 47-et talált, a mihez adva a saját 3 esetét, összesen 50 eset alapján von következtetést. Leggyakoribb (21 eset) volt a végbélrák, alkalmasint azért, mert legkönnyebben ismerhető fel s azért gyakrabban is jut kezelés alá. A gyomorrák 13 esettel, a vékonybélrák 3, a vastagbélrák 5 és az S. romanum rákja 8 esettel van képviselve. Feltűnő gyakori a fiatal korban a kocsonyás rák. A tulajdonképeni cachexia aránylag ritkább; gyakoribb az anaemia egyébként jó táplálkozási állapot mellett. Feltűnő a betegségnek gyors lefolyása; 19 esetben átlag csak 5,7 hónap volt a betegség tartama; nem operált 11 eset közül csak 1-ben tartott a betegség egy évnél tovább. (Archiv für Verdauungskrankheiten, XIII. kötet, 2. füzet.)

## Gyógyszertan.

Az újabb gyógyszereket és titkos szereket ismertető közléseinek nyolczadikában Zernik a következő szerekről számol be.

1. A *cacaol* nevű táplálókészítmény 2,5% konyhasót, 15–17% cukrot és 20–25% zablisztet tartalmazó cacao.

2. Az *eggose* zablisztnek, cukornak és cacaonak körülbelül egyenlő mennyiségéből áll s úgylátszik kevés lecithint is tartalmaz.

3. A *viscit* nevű, „a jelenkor legtökéletesebb tápkészítménye” gyanánt hirdetett szer 78% nitrogéntartalmú anyagot tartalmaz, még pedig főleg buzasikért, továbbá 12,3% nagyon tökéletesen dextrinált keményítőt. Lecithintartalma 0,42 és 2,5% között ingadozik. Haemoglobin is van benne kis mennyiségben.

4. A *Schrader-féle flastrom* három módosulatban kapható. Az egyik csontszű, csontbajok, daganatok ellen; a másik közhvény és csúsz ellen; a harmadik különböző sebek ellen jó (?). 30% zsíron kívül főleg krétából és zinkoxydból áll; van benne továbbá ólomoxyd, gyps, vasoxyd, phosphorsavas mész és szén. Ára 3 márká 60 fillér!

5. A *rheuma-tabakolin*-t közhvény és csúsz ellen ajánlják. A 100 gramm tartalmú csomag ára 5 márká, de van egy módosulata „idült súlyos bajok” ellen, a melyért 15 márkát kérnek. A csomag tartalma 2/3 liter 50%-os alkohollal kivonva, borogatások alakjában használandó. A vizsgálat kimutatta, hogy nem más, mint citromolajjal szagositott dohányhulladék. A dohányhulladék kilóját 1 márkáért lehet kapni! De eltekintve ettől, már csak azért is kerülendő a használata, mert kiváló pharmacologusok szerint a dohánynak borogatások alakjában használata veszélyes lehet.

6. A *kapitol* nevű, külsőleg alkalmazandó fejfájás elleni szer 22,5% mentholt tartalmazó kenőcs (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1907. 23. szám.)

## Belorvostan

Malaria okozta súlyos bélzavarokról tesz említést Kobler. 7 esetet észlelt, a melyekben a hányás és a rendkívüli erős hasmenés miatt a cholera gyanúja merült fel. A pontos vizsgálat kiderítette azonban, hogy a cholera kizárható, úgy hogy csak a dysenteria és malaria jöhetett tekintetbe. A vérvizsgálat ered-

ménye alapján azután maláriára tették a körjelzést és a fogantositott chininkezelés csakugyan eredményre is vezetett. (Zeitschrift für klinische Medizin, 62. k.)

A vesegümőkór felismerésére Reitter szerint felhasználható a verőeres nyomás magatartásának a vizsgálata. Vesegümőkór 10 esete közül ugyanis 4-ben feltűnően alacsonynak találta a verőeres nyomást, 5-ben a nyomás a rendes értéknek alsó határán volt és csak 1-ben volt magas a nyomás, de ebben az esetben egyidejűleg szívbaj is volt jelen. Ezzel szemben más okból eredt pyuria 6 esetében normális vagy magas volt a verőeres nyomás. A verőeres hypotomia tehát vesegümőkór mellett szól. (Zeitschrift f. klinische Medizin, 62. k.)

A vas használatáról gyomorbajokban. Ismeretes, hogy gyomor-zavar eseteiben a vaskészítményeknek a szájon át használatát általában ellenjavalltnak tartják. Calabi szerint azonban, a ki ezirányban nagyobb számú kísérletet végzett, ez a vélemény túlzott; sok gyomorbeteg van, a kinek a belsőleg adott vas hasznos, még pedig nem csupán az általános állapot, hanem a gyomor működése szempontjából is. Az eseteknek többségében a 10 centigrammos adagban nyújtott szerves vaskészítmény fokozta a sósav-elválasztást. Gyomorrák, gyomorfekély és nagyfokú gastritis eseteiben azonban Calabi is ellenjavalltnak tartja a vasat. (Ref. La semaine médicale, 1907. 24. sz.)

A polyuria gyakoriságát a vesezsugorodásban tette tanulmány tárgyává Nagel a kieli belklinikán. Olyan eredményekre jutott, a melyek megdöntik azt az általános elterjedt véleményt, hogy a vesezsugorodásnak egyik legállandóbb tünete a vizelet megszorodása. Vesezsugorodás 45 esetéből, mely bonczolásra került, csak 37 volt felhasználható, mert 12 esetben súlyos uraemiában kerültek az illető betegek a klinikára s már néhány nap alatt elpusztultak, úgy hogy a vizeletük magatartása nem volt felhasználható. A fennmaradt 33 eset közül polyuria (1500 cm<sup>3</sup>-nél több vizelet) csak 14-ben volt található; 12-ben oliguria volt (1000 cm<sup>3</sup>-nél kevesebb vizelet) és 7-ben normálisnak mutatkozott a vizelet mennyisége. További 18 eset nem került ugyan bonczolásra, de a tünetek határozottan vesezsugorodásra utaltak. Ezen esetek közül 10-ben volt polyuria, 5-ben oliguria és 3-ban normális vizeletmennyiség. Tekintetbe véve, hogy 7 esetben a polyuria az oedemák felszívódására volt visszavezethető: csak 33,3%-ban mutathattak ki tulajdonképeni polyuriát. Megjegyzendő, hogy az uraemia tünetei valamennyi esetben megvoltak; retinitis albuminuricát 66,6%-ban, vérnyomásfokozódást 72,5%-ban, cylindruriát 82,3%-ban találtak; a bonczolt eseteknek 9,3%-ában s a nem bonczolt eseteknek 83,3%-ában lehetett szívűrtütemegést kimutatni. (Deutsches Archiv für klinische Medizin, 88. kötet, 4–6. füzet.)

Keratinnal orvosolt májcirrhosis esete. Zyphkin moszkvai docens néhány évvel ezelőtt a tabes dorsalis, idült myelitis és disseminált sclerososis gyógyítására a keratint ajánlotta. A kedvező hatást ezen szernek glutinmegkötő képességére vezette vissza; a glutin ugyanis chemiai főalkotórésze a kötőszövetnek. Nem lehetetlen azonban az sem, hogy a keratin az interstitiális szövetre gyakorolt hatása mellett közvetlenül is hat az idegrendszernek parenchymás elemeire, megjavítva a táplálkozásukat. Ezen felvétel mellett szólna az a körülmény, hogy az idegsejteknek és idegrostoknak egyik alkotórészét tevő neurokeratin chemiai összetétele tekintetében csak kevésbé különbözik a közösleges keratintól. Mindazonáltal a szerző a kötőszövetre gyakorolt hatást valószínűbbnek tartja, mert a központi idegrendszer egyik-másik tisztán parenchymás megbetegedésében teljesen eredménytelen volt a keratin használata. A kérdésnek végleges eldöntése czéljából más szervek (máj, vese, szív) interstitiális betegségeiben is kísérletet kellene tenni a keratinnal, olyan esetekben, a melyekben a keratin közvetlen befolyásáról a parenchymás elemekre szó sem lehet. Ezen szempontból érdekes a szerző által közölt májcirrhosis-eset, a melyben huzamosabb keratinhasználatra tetemes javulás következett be. Minthogy a nagyfokú kapueres pangás miatt a szájon át adott keratin kellő megemésztésére és felszívódására számítani nem lehetett, eleinte bőr alá fecskendezték a szert, még pedig az 1%-os natrium bicarbonicum oldattal készült 20%-os keratin-oldatból 1 cm<sup>3</sup>-t kapott a beteg naponként. Később, a mikor a



keringésviszonyok már tetemesen javultak, belsőleg adták a szert (naponként 10 darab 0.5 grammos tableta). Megjegyzendő, hogy javulása csak mintegy két hónap elteltével indult meg. (Wiener klinische Wochenschrift, 1907. 24. szám.)

**Emberi gyomornedvvel gyógyító kísérleteket** végzett *Rosenberg*. A gyomornedv gastrosuccorrhoeában szenvedő, egyébként teljesen egészséges emberből származott és sok sósavat tartalmazónak, valamint erős proteolitikus hatásúnak bizonyult. An- és subaciditásban szenvedő embereknek adva ezt a gyomornedvet több héten át, a gyomor motilitásában és chymificatiojában változás nem állott be, s az aciditás sem fokozódott; a szüredék peptikus képessége sem változott meg. A legtöbb betegnek azonban megjavult az étvágya. Az emberi gyomornedv tehát csak annyit használ, mint a közönséges sósav. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1907. 26. szám.)

**Anaemia perniciosa progressiva** esetét ismerteti *Lolli*, Baccelli tanár klinikájáról. Az eset annyiban érdekes, mert sublimatnak intravenás befecskendezésére rohamosan javult az állapot annyira, hogy egy malaria-fertőzést is elbirt az illető, a nélkül, hogy az anaemia perniciosa komolyabb jelenségei újból beállottak volna. (Gazzetta degli osped. 1907. 26. szám.)

### Idegkórtan.

**A reszketés sajátságos faja** az, a melyet *A. Pick* ismertet. Bizonyosan minden orvos találkozott reszketésre vonatkozó panaszokkal olyan betegeken, a kiken tárgyilagosan semmit sem tudott kimutatni. *Pick* módját találta a tünet kimutatásának. Gondolatmenete a következő. Kétféle izomműködés van, az egyik öntudatlan, az, a mely mondhatni a nyugalmi helyzetben létesül, pl. álláskor vagy a mozgás alatt fixált ízületek megerősítése céljából. A másik izomműködés tudatosan fixálja az izomesortot. Ez utóbbi működést úgy szokták vizsgálni, hogy a beteggel a megfelelő végtagot, pl. a kart kinyújtva tartatjuk. Ha ez ingadozás nélkül megy végbe, azt mondjuk, hogy nem reszket. *Pick* szerint ez a vizsgálat elégtelen, mert néha a kar nem reszket, ha szélső állásban van megrögzítve, míg ha középállásba helyezük, nagyon fel-tűnő reszketés áll elő. Ugyancsak ide tartozik az a jelenség, a mely egyik neurastheniás betegének legfőbb panasa és a mely abban áll, hogy felfelé nézéskor nem kényelmetlen fejtartás ellenére is hamar fáradtság és erre reszketés áll elő. Egy másik betege írás közben támadó reszketésének vizsgálatakor kiderült, hogy a reszketést a mutatónj középállásban való tartása okozza. Hasonló dolog az alsó végtagon is előfordul pl. állás közben, a mikor a térdek nincsenek teljesen behajlítva, körülbelül a középállásban. Ugyancsak hasonló észlelhetni a szemeken is, a melyeken nystagmus támad nem a legkülsőbb, hanem valamely az egyenes nézés és legkülsőbb szemállás közt a középben levő állásban való fixáláskor. Ennek a reszketésnek az oka nem lehet közönséges fáradtság, mert akkor a legkülsőbb helyzetben leg-erősebbnek kellene lennie. Inkább arra kell gondolnunk, hogy olyan helyzetben történik a reszketés, a hol az ízület fixáláskor az antagonista izmok kényes együttműködésére van szükség. Azonkívül hasonló tapasztalható az arcizmokon nem teljes, hanem közép fokú összehúzódkor pl. a szemhéjrengés élénkebb ha a szem nem erősen zárul, de más arcizmokon is ugyanez észlelhető. A nyelvreszketés vizsgálata is tévedésbe ejthet, ha a betege erős beidegzéssel teljesen kiölti a nyelvét. Ez ilyenkor nem egyszer egészen nyugodtan hegyesen áll meg. A nyelvet vizsgálat céljából csak félig szélesen és petyhüdtlen kell valamivel a fogsor elé öltetni és csakhamar erős reszketést vehetünk benne észre. Ilyen helyzetben esetleg a nyelven észlelhető fibrilláris rángások is sokkal határozottabbak lesznek, míg az erős kiöltéskor esetleg nem találhatók meg. Ugyanez áll a dementiában fontos ajakremegésre is. Ha az ilyen beteg ajkait erővel széthúzza, nincs tremor; ez előáll, ha az ajk kissé elfáradt és nincs megfeszítve. Ha ezt a fáradtságot nem várjuk meg, az ajkremegés elkerülí-  
figyelmünket. Ezért jobb, ha a beteg csak kis fokban emeli ajkát a vizsgálat céljából. Ez a tünet a neurastheniában is gyakori. Elméleti magyarázat erre a tünetre egyelőre nincs. (Neurol. Centralbl., 1907 április 2.)

Kollarits Jenő dr.

### Sebészet.

**Haemophilia ellen thyreoidea-extractumot** ajánl *J. Torrance* *Rugh* és pedig 5 gm.-os adagokban háromszor naponta. A szert egy haemophiliás térdizület megnyitása után előállított utóvérzés esetében próbálta ki, a mely nyomókötések, gelatin-, adrenalin-adagolás ellenére 19 napig folytonosan jelentkezett; a thyreoidea-extractum jótékony hatása azonnal mutatkozott s 8 nap alatt a vérzés teljesen megszűnt (kérdés, hogy ha a thyreoidea-extractumot alkalmazta volna az első napon, akkor is prompt lett volna e a hatás. Ref.) (Annals of surgery, 1907 május). *Pólya*.

**A trigeminusneuralgia kezeléséről** a Gasser-dúc kiirtásával ír *Frank Martin*. 8 esetet közöl, melyek közül 2 végződött halállal (1 vérzéses shock, 1 pneumonia). 2 ízben Hartley-Krause szerint operált, a többi esetben a zygoma átvésése után mélyen a fossa temporalisban hatolt be a koponyába; a metszés elülső szarát úgy igyekszik vinni, hogy a m. frontaliszhoz menő facialis rostokat ne sértse. (Annals of surgery, 173. sz.) *Pólya*.

**Myoadenoma által okozott intussusceptiót** ír le *M. Salor*. Az intussusceptio az ileumban székelt s az azt előidéző daganat 1½ magyarázó nagyságú és nyelezett volt. A beteg (16 éves leány) laparotomia, desinvaginatio s a daganat kiirtása után simán gyógyult. (Annals of surgery, 173. sz.) *Pólya*.

**Duodenális fistulák kezelésére a pylorus elzárását és gastroenterostomia végzését** ajánlja *Berg*. Ezen műtét után a duodenumtartalom kiömlése, mely rohamosan tönkreteszi a beteget, azonnal megszűnik, míg ha a pylorust nem zárjuk el és csupán csak gastroenterostomiát végzünk, a fistula bőven secer-nál, mint arról meggyőződött egy esetében, a hol duodenumperforatio miatt gastroenterostomiát végzett s a duodenumon levő lyukat bevarrta, de a varrat nem tartott. Egy másik esetében, hol cholecystenterostomia után állott be duodenumperforatio, a fentebb ajánlott műtét sikerrel járt, a mennyiben a duodenum-tartalom kiömlése megszűnt, de a beteg pankreasrák okozta cachexia folytán 17 nappal utóbb meghalt. (Annals of surgery, 173. sz.) *Pólya*.

**A pangásos vérbőség hatásáról a csonttörések kezelésében** ír *Hilgenreiner* (Prága) kísérleti tanulmányt. Több mint 50 kutyán végezt több mint 100, részben Röntgen-sugarakkal, részben szövettanilag is ellenőrzött gondos kísérlete alapján, és azon tapasztalatok szem előtt tartásával, melyeket a prágai sebészeti klinikán a csonttöréseknek Bier szerint való kezelésével szerzett, azon conclusiora jut, hogy a pangásos vérbőség elősegíti a callusképződést s így a csonttörések gyógyulását. A passiv hyperaemia jobban növeli a szövetek regenerációképességét, mint az activ. A kezelésben két étappeot kell megkülönböztetni: 1. a kezelés kezdetén az anatómiai gyógyulás gyorsítására, 2. a kezelés későbbi szakában a functionális gyógyulás gyorsítására irányuló pangásos hyperaemiát. Ezért a kezelés első szakában a hosszú ideig való pangás kis megszakításokkal volna alkalmazandó (8—12 óra napjában) különösen ott, a hol a callusképződés késik. A kezelés második szakában napjában 2—3 órai pangásos vérbőség siettet a resorptiót. A vizenyő, atrophias folyamatok, ízületi merevség megszüntetése által a functionális gyógyulás ideje jelentékenyen megrövidíttetik. (Bruns' Beiträge zur klin. Chirurgie, 54. k. 3. f.) *Li*.

**A feregnyúlvány elsődleges rákjáról** közöl érdekes dolgozatot *J. H. Zanijer* az amsterdami klinikáról. Az irodalomban eddig közölt 53 esethez 7 saját esetével járul. A feregnyúlvány rákja nem ritka, és így praktikus szempontból is számolnunk kell vele, Baldauf és Zanijer számításai szerint (körülbelül 2500 pontosan vizsgált eset) az appendicitiseknek 10%-ában találunk rákot. Az újképlet rendszeren a feregnyúlvány csúcsán foglal helyet. Mint fontos aetiologiai momentum az appendix chronicus gyuladása említendő meg. 86%-ában a leirt eseteknek a rák keletkezése a 2—4. évtizedbe esik. Ha a tumor nagyra nő és mint olyan okoz klinikai tüneteket, alig lesz lehetséges a kiindulási pontját az appendixben megtalálni és valószínűleg a coecális rákok rovatában vezetett tumorkok egy jó része indul ki a feregnyúlványból. A daganatok aránylag jóindulatúak. Három esetről tud csak a szerző, a melyekben recidiva keletkezett.



Minthogy ezen daganatok makroszkopice rendszeren egyáltalán fel nem ismerhetők, ajánlatos mindannyiszor, valahányszor az appendix csücsa a műtétnél obliteráltnak találják, a mesenteriolumot lehetőleg nagy kiterjedésben resekálni. (Bruns' Beiträge zur klin. Chirurgie, 54. k. 2. f.)

Li.

Az appendicitis sebészi kezelésével elért eredményekről számol be *Henking*, Küster marburgi klinikájáról. Az utolsó 6 évben 279 esetben észlelték a megbetegedést; 36 esetben nem történt műtét, ezek közül meghalt 3; az összes 279 beteg közül meghalt 41, a mi 14,6% halálozásnak felel meg. A műtétnél eddig rendszeren általános narcosist használtak, újabban igen jó eredménnyel alkalmazzák a novocain-suprarenin lumbális analgesiat. Behatolásul a *Roux-Riedel*-féle metszést használják. Az első 48 órában 54 beteget operáltak, gyógyult 53; az appendixben destructio 31 esetben volt jelen; bélsárgkővet 11 esetben találtak. Az intermediaer szakban 54 esetben végeztek műtétet, még pedig a megbetegedés 3. napján 22 esetben, meghalt 7 = 31,8%; a 4. napon 23 esetben, meghalt 7 = 30,4%; az 5. napon 9 esetben, meghalt 3 = 33,3%, vagyis összesen meghalt 17 = 31,4%. A késői szakban 67 esetet operáltak, ezek közül meghalt 20 = 29,8%. Ezen esetek közül 53-ban tályog volt jelen, 14-ben genyes peritonitis. Az intervallumban 68-szor avatkoztak be egy halálozással. Ezen esetek alapján a klinika álláspontja a következő: Minden appendicitis a sebészeti klinikára tartozik. Minél korábban történik a műtét, annál jobb a prognózis; lehetőleg a korai műtét végzendő, csak azon esetekben várakoznak, ha a kórkép enyhe alakban jelenik meg, a hol 24 óra után a tünetek már visszafejlődnek és első a roham. Az intermediaer szakban is azonnal beavatkoznak s nem várnak, míg tályog képződik. A féregnyújtvány minden esetben úgy az intermediaer, mint a késői szakban eltávolítandó. Nem végeznek intervallumműtétet, ha a megelőző roham az első és enyhe megjelenésű volt. Ha az első roham után bármilyen panaszok maradnak vissza, vagy ha a roham súlyosabb volt, vagy ha több roham ment előre, úgy az intervallumban műtét végzendő. (Archiv f. klin. Chirurgie, 1907. 82. k. 3. f.)

Steiner Pál dr.

Jóindulatú gyomormegbetegedésekben a gastro-enterostomia statisztikájához közöl újabb adatokat *Schulz* a Hohenegg-klinikáról. Történelmi áttekintés útján saját 138 esetüket teszi kritika tárgyává és észlelései alapján a következő conclusiora jut: 1. gastro-enterostomiánál az operatív halál 5—7%; 2. az esetek 88%-ában volt eredményes a műtét; 64%-ban teljes gyógyulás, 24%-ban javulás állott be; 3. a gastro-enterostomia nemcsak a stenosis tüneteit szünteti meg, hanem a fekélyek gyógyulását is elősegíti; 4. legjobban ajánlható a Hohenegg-Petersen-féle gastro-enterostomia rövid kacsával a gyomor hátulsó falán, mert ez felel meg leginkább a normális tájboncsolástani viszonyoknak, ezzel kerülhető el legjobban a circulus vitiosus, postoperatív peptikus vékonybél-fekélyek legritkábban keletkeznek és leggyorsabban gyógyulnak a gyomorfekélyek. (Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie, 1907. 88. k. 4—6 f.)

Steiner Pál dr.

#### Gyermekorvostan.

A csecsemők szokványos hányásáról ír *Peiser* dr., Czerny klinikájának segédje. Ismeretes, hogy a csecsemők szokványos hányásának a gyakorlatban nem szoktak nagy jelentőséget tulajdonítani, mert tapasztalás szerint az ilyen csecsemőknek nagy része a hányás ellenére is jól, sőt néha kitérően gyarapszik. Ez a felfogás azonban nem jogosult, mert a szokványos hányás nagyon különböző okokból eredhet és néha súlyos következményekkel jár.

Az eseteknek első, talán legnagyobb csoportjában onnan ered a hányás, hogy állandóan túlságos sok táplálékot kap a csecsemő és az étkezések közötti szüneteket nem tartják be. Ilyenkor a csecsemő szervezete a hányással védekezik táplálécsatornájának túlterhelése ellen. Ha a czélszerűtlen táplálkozás mód hosszabb ideig tart, komolyabb gyomor-bélzavarok állhatnak be. Sokszor a tejnek nagy zsirtartalmától feltételezett a hányás s akkor a tej zsirtartalmának csökkentésével (lefűlés, az ennek következtében megkevesedett calóriák pótlása szénhidrátokkal, a tej napi mennyiségének kevesbitése a szünetek meghosszabbítása

útján) szüntethető meg a hányás. Minthogy éppen az anyatej szokott nagyon zsíros lenni, könnyen érthető, hogy miért oly gyakori a szopó csecsemők szokványos hányása. Innen van az is, hogy a hányás az elválasztás után többnyire csakhamar megszűnik. Az ezen csoportba tartozó esetekben a hányás röviddel a táplálékfelvétel után szokott beállni.

Már nem ilyen egyszerű a szokványos hányás egy másik fajtájának az aetiológiája, s a gyógyítása sem olyan hálás. Jellemző ezekre az esetekre, hogy ideges, neuropathiás csecsemőkre vonatkoznak; a hányás 3—4 órával a táplálékfelvétel után szokott bekövetkezni és talán reflectorius úton támadó pylorusgöres folytán áll be. Többnyire csak a szilárdabb táplálékokra áttérés idején szűnik meg.

Az eddig említett két csoportban a csecsemők többnyire jól fejlődnek. Egy további csoportjában az eseteknek azonban már nagyon kifejezett a hiányos táplálkozás. Ezekben az esetekben a gyomor és cardia atóniája miatt ürül ki nagyon könnyen a száj felé a gyomor tartalma, még pedig többnyire 3—4 órával a táplálékfelvétel után. A therapia az általános gyengeségi állapot javításában áll, a mi óvatos és czélszerű táplálással érhető el.

Van azután még egy csoportja az eseteknek. Az ide tartozó csecsemők szintén rosszul tápláltak, még pedig azért, mert valamely heveny táplálkozási zavarból nem gyógyultak ki teljesen. Jellemző rájuk a zsírral szemben fennálló intolerantia. Ennek megfelelően nagy szerepet játszik a gyógyításukban a zsírszegény malátaleves.

Végül egy esetet ismertet a szerző, a melyben a foetális peritonitis maradványaiból volt származtatható a szokványos hányás. Hasonló eseteket ismerünk az irodalomból, csak hogy ezek röviddel a születés után halálosan végződtek, míg a szerző esetében a gyermek életben maradt és később jól fejlődött. Ugy látszik a hasi szervek között fennállott összenövés — a melyeknek jelenlétéről a próbaparatomia alkalmával győződtek meg — lassanként oldódott, felszívódott. (Berliner klinische Wochenschrift, 1907. 29. sz.)

#### Venereás bántalmak.

A lues atoxylos kezelését kísérelte meg *R. Volk*. A szerző kiemeli, hogy vizsgálatait első sorban azért közli, mert *Salmon*-nak feltűnő kedvező eredményei, melyekről a napi sajtó is bőven megemlékezett, korántsem látszanak a valóságnak megfelelni. Vizsgálatait még *Lassar* közleménye előtt kezdte és mintegy 50 betegen több mint 1000 atoxylinjectioval kísérletezett. Az atoxylt csaknem valamennyi betege jól tűrte, jöllehet elég nagy adagokat alkalmazott. A kezdeti napi dosis 0,1 gm. atoxyl volt 1 cm<sup>3</sup>-ben elosztva; e dosist csakhamar napi 0,2 gm.-ra emelte. Egy-egy beteg rendszeren 30—40 injectioban részesült. A szerző ezenkívül lokális injectiokat is végzett atoxyllal a sclerosisok körül. A sclerosisok ilyenkor sokszor feltűnő gyorsan gyógyultak be. A lueses esetek a legváltozatosabb formákat mutatták és talán azok az esetek reagáltak még leginkább az atoxylos injectiókra, a melyek roseolákat és kis papulák syphilidet mutattak. A szerzőtől azonban távol áll a gondolat, hogy ilyenkor is az arsennek specifikus hatást tulajdonítson, hanem csak az arsennek roboráló hatására gondol. A spirochaeta pallida t. i. még 1/2 órai 1/20-os atoxyloldatban való vesztegelés után is végez mozgásokat. Feltűnő a szerzőnek azon tapasztalása, hogy az atoxyllal kezelt syphilises betegek szokatlanul gyakran kapnak tenyerükön syphilises tüneteket. Ez alighanem vonatkozásba hozható azon tapasztalattal, hogy az arsenes dermatosisok is aránylag gyakran a tenyérre lokalizálódnak. Mindezek alapján tehát az a véleménye a szerzőnek, hogy az atoxyl lues esetében legfeljebb mint adjuvans adható, de nem mint specificum. (Wiener mediz. Wochenschrift, 1907. 26. sz.)

Guszman.

#### Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Az alkohol hatása az acetone kiürülésére diabetesben. *Neubauer* szerint az olyan betegeknek, a kik a szénhidrátok megvonása után sok acetont ürítenek, jó eredménnyel adható bor alakjában az alkohol 75—150 gm. napi mennyiségben. Ilyenkor tetemesen csökken az acetone, oxyvajsav és ammonia kiürü-



tése és egyúttal a vizelet ezukortartalma is megkisebbedik. (Ref. The practitioner, 1907. július).

**Diabetes mellitus** eseteiben *Dieulafoy* a hygienés és diatás kezelés mellett a következő gyógyszereket használja: antipyrin, arsen és alkaliák. Következésképpen jár el: egy héten át a beteg minden étkezéskor 30 centigramm antipyrinből és 20 centigm. natriumbicarbonicumból álló port vesz be; a következő héten szintén minden étkezéskor 3—4 milligramm natrium arsenicosumot kap 75 gm. párolt vízben. A kétféle gyógyszer hetenként változtatva hónapokon át szedendő. E mellett állandóan alkaliás vizet iszik a beteg. (Ref. The practitioner, 1907. 7. f.)

A nemi szervek pruritusát, a diabetesnek ezen gyakori és kellemetlen kísérőjét, *Croftan* következőképpen gyógyítja: a diabetes befolyásolásán kívül — e célra igénybe veszi a natrium salicylicumot is — helybelileg gyakori mosogatásokat végeztet és 5% os cocain- vagy 3% os orthoform-kenőcsöt alkalmaz. (Ref. The practitioner, 1907. 7. f.)

**Peritonitis tuberculosa** gyógyítására *Greco* nagyon ajánlja a következő oldatnak bőr alá fecskendezését: Rp. Natrii chlorati 1·2; Jodi puri 2·0; Kalii jodati 20·0; Aquae destillatae 200·0. M. D. S. Kétnaponként 2 cm<sup>3</sup>-t a bőr alá. (Ref. Semaine médicale, 1907. 27. sz.)

### Magyar orvosi irodalom.

**Gyógyászat**, 1907. 31. szám. *Alexander Bernát*: Idegen testek x-sugaras képeiről. *Novák Károly*: A csecsemők gyomor- és bélhurtyájának orvoslása nitrás argenti használatával.

**Orvosok lapja**, 1907. 31. szám. *Vízteleki Frigyes*: Az aranyér gyógyítása.

**Budapesti orvosi ujság**, 1907. 31. szám. *Fáykiss Ferencz*: Az ütőerek varratai.

### Vegyes hírek.

**Rhorer László** dr.-nak a budapesti egyetem orvosi karán az orvosi physikai chemiából magántanárá történő képesítését a vallás- és közoktatásügyi miniszter jóváhagyóan tudomásul vette és őt ezen minőségben megerősítette.

**Kinevezés**. *Folly Gyula* dr.-t Pécsen tiszteletbeli kerületi orvossá, *Graf Károly* dr.-t pedig közhalmi helyettes járásorvossá nevezték ki.

**Választás**. *Schmidt Oszkár* dr.-t Kiskéren orvossá választották.

**Marton Sándor** dr. az „Egészség-naptár” szerkesztője, lakását VI., Szív-utca 18. sz. alá helyezte át.

A **tisztiorvosi vizsgára előkészítő tanfolyam** Kolozsvárt október hó 1-én kezdődik. Kurzus a vizsga minden tárgyából lesz. Bővebb felvilágosítást ad *Jakabházy Zsigmond* dr. egyetemi magántanár (Kolozsvár, Gyógyszertani intézet).

A **budapesti poliklinika** rendelésein július hóban 3456 új beteg jelentkezett; a rendelések összes száma 9659 volt.

A **budapesti egyetemi II. szülészeti és nőgyógyászati klinikával** kapcsolatos szülészeti poliklinikum segélyét július hóban 108 esetben vették igénybe; műtetet 66 esetben végeztek.

**Meghalt**. *Hordáth Gyula* dr. budapesti gyakorló orvos e hó 3-án 61 éves korában. — *Fanta Adolf* dr. 71 éves korában Székesfehérváron e hó 3-án. — *Elbogen Fülöp* dr. Bonyhádon 69 éves korában július 28-án.

A **kolozsvári önkéntes mentő-egyesület** július havában 244 esetben nyújtott első segítséget; ezenkívül 45 betegszállítást végzett, 12 esetben mint mozgóország szerepelt és 5 esetben téves jelentés folytán vonult ki. A július havi működési főösszeg tehát 306.

A **budapesti orvosi kör országos segélyegylete** pénztárába befizettek: *Streibinger Samu*, *Schwarz József*, *Révész Gyula*, *Pauer Károly*, *Seliga János*, *Kelemen Dávid*, *Bargár Béla*, *Hieronimi Géza*, *Petráski Illés*, *Bajnóczy Géza*, *Bóka Dezső*, *Iricz Ignác*, *Karsay Zoltán*, *Glücksthal Adolf*, *Czilezer Bernát*, *Kresemér Albert*, *Bothár Samu*, *Ernyei János*, *Polin Bernát*, *Goldman Béla*, *László Károly*, *Kaiser József*, *Balogh János*, *Liszt Nándor*, *Bachrach Lipót*, *Fischhoff Ignác*, *Kemény Gyula*, *Laufer Sándor*, *Lichtscheindl Géza*, *Maly Antal*, *Sternfeld Izso*, *Tánczer Ernő*, *Urbanek Ede*, *Weisz Bernát*, *Weisz Feodór*, *Dzsida Sándor*, *Gábor Menyhért*, *Kovács Emil*, *Hámorszky Oszkár*, *Kaiser Arnold*, *Daits Ede*, *Magyar Károly*, *Gerő Mór*, *Marton Adolf*, *Mailand Henrik*, *Polereczky Endre*, *Fekete József*, *Kohn Márk*, *Szilárd Lipót*, *Klein Jakab*, *Lantos Ferencz*, *Ekei Antal*, *Volác Aladár*, *Herez Armin*, *Siklósi Albert*, *Szekeress József*, *Wagner Károly*, *Svingarev Milan*, *Grünfeld Adolf*, *Neumann Miksa*, *Pólya Jenő*, *Diamant László*, *Dragits Imre*, *Brück Ferencz*, *Medveczky Károly*. 8—8 korona tagdíjat befizettek: *Csáky Károly*, *Nagy Ottó*, *Ruzsicska Antal*, *Pándy Kálmán*, *Kiss István*, *Baumerth Gyula*, *Scheitz Vilmos*, *Sassy János*, *Discher Ferencz*, *Hetényi Imre*, *Gölner Aladár*, *Zanker Sámuel*, *Mangiuca János*, *Lövy László*, *Balázs Gyula*, *Faller Gusztáv* dr.-ok. 12 koronát fizetett: *Messer*

*Samu*. — 24 koronát fizetett: *Schlesinger László*. — 20 koronát fizetett *Tausz Béla*, *Pollák Bernát*, *Poposon Szilárd*. — 16 korona tagdíjat fizetett: *Knorr János*, *Rimely Dezső*. — 10 koronát *Czeller Nándor*. — Adomány befolyt: *Budapesti orvosi kör* 200 kor.; *Székesfőváros* 300 kor.; *Orvosi Casino Pester Lloyd útján* 80 és 20 kor.; özv. dr. *Hertzka Imréné Pester Lloyd útján* 30 kor. Névtelen adomány 4 kor.; 1907. évi orvostörténelmi kirándulás 50 kor. Budapest 1907. július 15. *Katona József* dr. s. k., pénztáros, Mester-utca 1. szám.

**Kisebb hírek külföldről**. *Döderlein* tanár utóda a tübingeni egyetem gynaeologiai tanszékén *Sellheim* dr., a düsseldorfi orvosi akadémia tanára lett. — *E. Sioli* dr., a Majna melletti Frankfurtban létező városi elmegyógyintézet igazgatója, továbbá *K. Herxheimer*, ugyanott a városi kórház bőrbetegosztályának főorvosa a tanári címet kapta. — *A. Dannemann* dr.-t Giessenben a pszichiatria rendkívüli tanárává nevezték ki. — *Werth* tanár, a kieli egyetemi nőbetegklinikára ismert nevű igazgatója, nyugalmába vonul. — *Poirier* tanár utódjává a párisi egyetem anatómiai tanszékére *Nicolas* dr.-t Nancyből nevezték ki; ugyaninnen jutott Duval helyébe a histologia tanszékére *Prenant* dr. — Párisban a műtét tanárává *Quénu* dr.-t, a szülészeti tanárává *Bar* dr.-t és az orvostörténelem tanárává *Ballet* dr.-t nevezték ki.

A német orvosi sajtó szövetkezete elhatározta, hogy listát vezet azokról az orvosokról, a kik maguk ajánlkoznak a chemiai gyáraknak és gyógyszereszeknek arra, hogy egyes újabb orvosságokról és egyéb chemiai praeparatokról ajánló cikkeket írjanak az orvosi szaklapokba; cikkeiket a szövetkezethez tartozó lapok ezentúl sem közölni, sem referálni nem fogják. Az első lista már elkészült, még pedig maguk a nagyobb chemiai gyárak szolgáltatják hozzá az anyagot.

A **gümőkórellenes védekezés** céljából alakult német központi bizottság legutóbbi jelentése szerint Németországban ez idő szerint 87 népsanatorium van 8422 ágygyal; épülőben van 11 népsanatorium 800 ágygyal. A gümőkóros gyermekek számára való intézmények száma is szaporodott; kifejezetten gümőkóros gyermekek részére 17 intézet 650 ágygyal, skrofulás gyermekek részére pedig 67 intézet 6092 ágygyal áll jelenleg rendelkezésre. A dispensaire-szerű intézmények (*Auskunfts- und Fürsorgestellen*) száma 117. Van továbbá 10 intézet előrehaladt tüdővészések részére, 67 erdei üdülőhely és 2 mezei telep.

A XIV. nemzetközi közegészségügyi congressusra, a melyet szeptember 23-ától 29-éig tartanak Berlinben, eddig már 1400-nál több tag jelentkezett.

Jelen számunkhoz a **F. Hoffmann-La Roche & Cie. czég „Protylin”** című prospektusa van csatolva.

Jelen számunkhoz a **Hell G. et Comp. czég „Honthin”** című prospektusa van mellékelve.

A **Pray Valér** gyógyszerész készítette **IRON** a legkiválóbb hangyasavas vaskészítmény, mely súlyos idegbajokban is kitűnő hatásúnak bizonyult, tüdővész eseteiben pedig mint erősítő és étvágyjavító egyaránt jó tekintetbe és melegen ajánlható.

**Budapesti mechanikai Zander-gyógyintézet.** Igazgató tulajdonos: **Dr. REICH MRLÓS.** Budapest, VIII., Múzeum-körút 2., összes physikai gyógytényezőkkel felszerelve. Főbb javallatok: Sérülések után visszamaradt mozgászavarok. Idegbajok. Vérkeringési szervek bántalmái. Idült gyomorbélbajok. Gerinczeifordulások. 2507

**Dr. Huber Alfréd Finsen- és Röntgen-intézete**, Budapest VIII., József-körút 26. sz., I. em. Gyógykezelés az eredeti Finsen-féle koncentrátorokkal, főleg lupus ellen. — Röntgentherapia. — Átvilágítás. — Röntgen-felvétel. — Mérsékelt árak. — Kívánatra bővebb értesítés.

**JUSTUS Dr. bőrbajosokat** gyógyító intézete. Budapest, IV., Károly-körút 14. Fürdők, sugaras gyógyítás, physikalis gyógymodok.

**Orvosi laboratorium:** **Dr. Mátrai Gábor** v. egyetemi tanársegéd. Andrassy-út 50 (Oktogon-tér). Telefon 26—96.

**Elektromágneses intézet**, Budapest, VII., **Dr. Grünwald-sanatorium**, rium. Főbb javallatok: neurasthenia, álmatlanság, neuralgiák, ischias, szívneurosisok, ideges gyomor- és bélbántalmak, fejfájás, csúsz stb. Prospektus. Vezető orvos: **Réh Béla** dr.

**Orvosi laboratorium:** Vezető: **Dr. Vas Bernát**, Poliklinika. (Szövetség-utca 14—16.) Telefon sz. 90—46.

**Dr. Grünwald sanatoriuma** Budapest, Városligeti fasor 13—15. Felvételnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal. Gyógykezelés tetszés szerint bármely tanár által. 2652

**DR. RINGER** elme- és kedélybetegségek gyógyintézete nők és férfiak részére. Budapest, I., Lenke-út (kelenföldi villamos megálló).

**ERDEY DR.** Budapest, IX., Bakács-tér 10. 1415.3109 SANATORIUMA. Nőbetegek és szülők részére.

**WEISZ EDE DR. pöstyéni intézete.** Modern kényelem, Röntgen, Zander stb. Mérsékelt árak.



## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Tartalom. Közkórházi orvostársulat. (VIII. bemutató ülés 1907. május 22.-én.) 583. 1. — A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya. (V. ülés 1907. május hó 8.-án.) 584. 1. — Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egyesület Nagyváradon. (1906. évi november hó 3. án tartott szakülés.) 584. 1. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 586. 1.

## Közkórházi orvostársulat.

(VIII. bemutató ülés 1907. május 22. én.)

Elnök: Medvei Béla. Jegyző: Török Béla.

## Sclerosis multiplex congenita esete.

Bauer Lajos: A kis fiúgyermeket a múlt hóban mutattán be első ízben a „Margit“-közkórház gyermekgyógyászati rendelőre azon panasszal, hogy noha már 2½ éves, járni nem tud. Az elég jól fejlett és táplált gyermek csontrendszerén mérsékelt rhachitisen kívül nincs elváltozás. A bőrszín rendes. A légzési és vérkeringési szervek épek. A hasban semmi eltérés. Feltűnt azonban, hogy az alsó végtagok állandóan kinyújtva tartatnak, sőt még behajlításakor is sajátságos merevség észlelhető azokban.

Közelebbi vizsgálatkor azt találjuk, hogy az alsó végtag izomzata rigid, spasmusos. E mellett a mély reflexek erősen fokozottak; lábelonus nincs. Az érzési körben eltérés nincs. A villamos ingerlékenység — a mennyire a gyermek nyugtalansága miatt vizsgálni lehetett — különösebb eltérést nem mutat. Hasonló, bár kevésbé kifejezett spasmust találtunk a felső végtagok izmaiban, kifejezettebben a jobb, mint a bal oldalon. Az izmoknak spasmusos volta mellett még tremor is észlelhető a végtagokon, legkifejezettebben a jobb felső végtagon, a mely szándékolt mozgáskor még fokozódni látszik. A tremor észlelhető még a törzs és a nyak izomzatában is. Ez különösen akkor látszik, ha a gyermeket fekvő helyzetéből felültetjük. Nystagmus nem észlelhető. A szemfenéki lelet negatív. A gyermek még csak egyes szavakat ejt ki, a beszéd tehát a betegség természetét illetőleg mint symptoma számba nem jön.

Az összes főbb tünetek tehát a mint látjuk az alsó, kevésbé a felső végtagok spasmusos voltában, a mély reflexek fokozottságában és bizonyos mérvű tremorban, a mely szándékolt mozgáskor még fokozódni látszik, kulminálnak.

Tudjuk, hogy egyik-másik idegbaj a kezdeti szakában, különösen a gyermekkorban még annyira burkolt, a symptomatológiája egyszer-mászor annyira kifejezetlen, hogy határozott diagnoszt felállítani vajmi nehéz, sőt lehetetlen is.

Ha a bemutatott eset symptomáit mérlegeljük, különösen két kórképre gondolhatunk, annyival is inkább, mert a két kórkép legalább a kezdeti szakban sokban hasonlít egymáshoz, de azért is, mert ezen két kórkép mindegyike szeret a másiknak a köntösében jelentkezni. A két kórkép egyike a paralysis spinalis spastica, a másik a sclerosis multiplex. A két kórkép a kezdeti szakban sok hasonlóságot mutat. Már az aetiológiájukban is sok a hasonlóság. Mindkettőnek a kezdete sokszor a kora gyermekkorba nyúlik vissza, sőt sokszor congenitálisan is jelentkezik; mindkettőben megvan az alsó végtagok izmaiban a rigiditás, a spasticitás, a mély reflexek mindkettőben fokozottak, az érzési körben eltérés nincs, a villamos ingerlékenység normális; még abban is megegyeznek, hogy a felső végtagokat is érheti mindkét esetben a bántalom.

Ha azonban e két kórképnek egyéb cardinális tüneteit tekintjük, mégis elkülöníthetjük, legalább elég valószínűséggel, már ilyen kezdeti szakban is e két kórképet. A jelen esetben a paralysis spinalis spastica kórképéből hiányzik a két cardinális tünet, még pedig a czomboknak erős adductioiban való tartása és a lólabértartás. Már pedig ezen két cardinális tünet a paralysis spin. spast. minden esetében már a kezdeti szakban is jelen szokott lenni annyira, hogy az erősen addukált, egymást majdnem keresztező czombok s a lábcsúcsban való járás az első tünetek közé tartoznak. Másrészt azonban a jelen esetben a sclerosis multiplex kórképéből is hiányzanak olyan tünetek, a melyeket cardinálisnak szoktunk tartani, még pedig a nystagmus, a részleges

atrophia nervi optici, a vontatott, skandáló beszéd és a kényszernevetés.

Ha azonban tekintetbe vesszük, hogy a sclerosis multiplexnek utóbb felsorolt tünetei, mint a nystagmus, a nervus opticus atrophiaja stb. a betegségnek csak a későbbi, kifejlődtebb stadiumában jelentkeznek, továbbá, hogy a tremor a sclerosis multiplexnek már a kezdeti stadiumában is úgyszólván mindig megvan, míg a paralysis spin. spast. kórképéből hiányozni szokott: sokkal valószínűbbnek kell tartanunk, hogy a bemutatott kis beteg sclerosis multiplex cong.-ban szenved.

Annyival inkább érdemesnek tartottam ezen betegnek bemutatását, mert habár a sclerosis multiplex kórképével idősebb korú egyénekben elég gyakran találkozunk, ilyen zsenge korú gyermekekben a sclerosis multiplex cong. elég valószínűséggel diagnostizálható kórképe meglehetősen ritkán fordul elő.

## Paralysis progressiva juvenilis esete.

Keller Kálmán: A 19 éves, nőtlen rövidárúinast a szent István kórház idegosztályára első ízben 1907. január havában és másodszor ez év május havában vették fel.

Körelőzmény. Szüleinek bemondása szerint kanyarón kívül más betegsége nem volt, az iskolában kitűnően tanult, csak a hatodikban kezdett kissé hanyatlani. Ekkor üzletbe adták a különben csendes, komoly fiút, azonban fokozódó ügyetlensége és gyenge felfogása miatt a 14—15 éves fiút nem igen használhatták, úgy hogy feledékenysége miatt felmondtak neki, de mindenütt elismerték, hogy kitűnő magaviseletű, szelíd és engedelmes. Atyja kb. két év előtt vette észre a szellemi hanyatlást, habár fia semmiről sem panaszkodott. Fél év óta kissé ingerlékeny, különösen a zaj bántotta. Nemi betegségei nem voltak.

Atyja és anyja gyengén fejlett, vérszegény s habár rendszeres vizsgálatukra eddig alkalom nem volt, mégis külsőleg is szervi idegmegbetegedésre gyanus. Három testvére a betegnek él és egészséges. Anyja, a ki határozottan mente capta, egy ízben abortált.

A jelenállapothól kiemelendőnek tartom a fennálló degenerációs jeleket, és pedig az asymmetriás nagy, az arczhoz viszonyítva aránytalan és szabálytalan koponyát, a kissé ferde lefutású orrt, az arczelek különbségét. Pupillái szűkek, szabálytalanok, teljesen fénymerevek. A facialisbeidegzés igen renyhe és ügyetlen, úgy látszik, hogy a jobboldali alsó facialis terület parietikusabb, mint a bal. Beszéd közben az ajkak kissé remegnek, újabban csámcsogás is észlelhető. Nyelv- és kéztremor. A bal alvágtag izomereje kissé csökkent. A kezek szorító ereje dynamometerrel mérve határozott csökkenést mutat. Az inreflexek általában fokozottak, a bőrreflexek kiválthatók. Az emlékező tehetség, a számolási képesség csökkent. Nagyfokú dementia. Ép szemfenék.

A fentiek alapján a dementia paralytica progressiva diagnoszt kell megállapítanunk, mely ily fiatal korban természetesen feltűnő lelet.

A mennyiben a betegnél szerzett lucses fertőzés, továbbá a valószínűség szerint más természetű idegbántalom is kizárható, fel kell vennünk azt az eshetőséget, hogy a paralysis az örökletesileg terhelt egyének gyenge idegrendszerében illetve szervezetében ismeretlen behatások folytán támadt.

Salgó Jakab: A koponyaalkat, a szörzet kisebb foka első pillanatra inkább veleszületett állapotra emlékeztet, talán idiotiára. Pontos az egyének egész ismerése. Szóla a 70-es években észlelt egy esetet, kis leányt, typosos juvenilis paralysis volt. A hol a tünetek egész sorozata a veleszületett állapotra emlékeztet, ott fokozott óvatosság szükséges.

Az idiotismus, mint olyan, nem zár ki semmiféle foglalkozást vagy állást. Emlékszik egy idiota gyermekre, a ki ma jogtudományi doktor.



*Juba Adolf:* Az anamnesisnek tisztába hozatala fontos. Hogy jól tanult, nem lehet mértékadó. Veszélyeztetett állapotnak tartja a bajt; az ilyen esetből következtetnek a „túlterhelésre”. Terhelt egyén az ilyen, a ki a mikor nem tud lépést tartani a tanulásban, már elmebeteg.

*Keller Kálmán:* A diagnossal 3–4 hónapig haboztak. A tünetek paralysis mellett szólnak.

(Folytatása következik.)

## A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(V. ülés 1907 május hó 8.-án.)

Elnök: Dollinger Gyula. Jegyző: Winternitz M. Arnold.

(Vége.)

### 3. Vidakovich Kamill: Az anthrax serumkezeléséről.

Öt eset kórtörténetét vázolja, melyek két év alatt az új szt. János-kórház sebészeti osztályán kezeltettek; 3 esetben a Bier-féle pangásos vérbőséget, 2-ben pedig a Detre-féle immun-serumot használták, összesen egy halálessettel az utóbbi therapia mellett.

A pangásos vérbőség jogosultságát az anthrax kezelésében a Baumgarten laboratoriumában végzett kísérletek igazolják. Két könnyű, az ujjakon székelő pustula maligna és egy súlyos eset (pustula az alkaron, oedema a vállig) e kezelésre meggyógyult.

Részletesebben tárgyalja serummal kezelt két esetét. Az egyik pustula a nyakon, oedema egészen a mellkasig, a hőmérsék 39°; 20 cm<sup>3</sup> serum a bal vena medianába 12 óra alatt 37°-ra szállítja le a hőmérsékét, mely még kétszeri, 12 óránként adott 20—20 cm<sup>3</sup> seruminjectio után normális marad. Második eset: anthrax- és streptococcus-septicaemia, igen súlyos eset, a mely a háromszor végzett 20 cm<sup>3</sup>-es befecskendezés ellenére halálosan végződik.

Tapasztalatait összevetve a közölt hazai esetekkel (Konrád B. 3 eset, Hevesi 1 eset, Elfer 1 eset) és a külföldi statistikákkal (Sclavo, Bormans stb.), a következő eredményekre jut:

*A serum hatásai:* A temperatura igen gyorsan leszáll a normálisra (Hevesi esetében 12 óra alatt 40°-ról 36°-ra, I. esetében 12 óra alatt 39°-ról 37°-ra). Az oedema igen gyorsan fejlődik vissza. A közérzet gyorsan javul. A pustula gyorsan elhatárolódik, kevés elhalás, jó kosmetikai eredmény. A bacteriumok metachromasiásan szétesnek. A pustula tartalma I. esetében 24 órával az első serumadagolás után már steril; Bowley és Andrews 1 esetében 19 órával, Baroggi 1 esetében 30 órával az első seruminjectio után a pustulából anthrax-bacillust már nem lehetett kitenyészteni.

*Adagolás.* Legjobb azonnal intravenosusan adni az eset súlyossága szerint 20—30 cm<sup>3</sup>-t. Ha 12 óra után a kívánt eredmény nem következik be, újból adható e dosis. Attól nem kell tartanunk, hogy sokat adunk (Balduzzi 7-szer adott 10 cm<sup>3</sup>-t, Wilms 6 × 20 cm<sup>3</sup>-t, Baroggi 13 × 10 cm<sup>3</sup>-t minden baj nélkül).

*A prognosis szempontjából* 3 pontot kell tekintetbe vennünk: az infectio helyét, a betegség tartamát és az anthraxhoz társuló egyéb fertőzést. 1. A fertőzés helye nem oly fontos, mint az eddigi eljárások mellett volt; általános és súlyos belső anthrax számos esetben meggyógyult a serumtherapia mellett (Bandi 2 esete, Baroggi 1 esete). 2. Mentül korábban kapjuk az esetet, annál biztosabb a kilátás a gyógyulásra. 3. Súlyos társinfectiók igen kedvezőtlennek teszik a prognosist (II. eset). A serum az Ehrlich-féle theoria értelmében a „Zwischenkörper” szerepét játszza; ha a szervet kimerült, ha alexinjei más irányban is le vannak foglalva, a bacteriumok hiába bírnak affinitással az ellenmérgekkel szemben.

Végezetül a serumtherapiával elért eredményekről emlékszik meg. Kimerítő, nagy statistikák szerint a serum előtti időben a mortalitás 24—30% volt, a serum-aerában e százalékszám 6-ra súlyed le (Sclavo, Legge stb.). Magyarországon (Detre adatai) évente 1500 anthrax-eset fordul elő 500 halálessettel; kellő kezelés (rég eljárással) mellett ezek közül még körülbelül 150 volna megmenthető, ha alexinjei más irányban is le vannak foglalva, a bacteriumok hiába bírnak affinitással az ellenmérgekkel szemben.

## Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természet-tudományi egyesület Nagyváradon.

(1906. évi november hó 3.-án tartott szakülés.)

1. Baróthy Ákos dr. indítványának, hogy az orvosegyesület indítson actiót egy „tuberculosis ellen küzdő egyesület alakítása végett, felolvasása, s a választmány pártoló véleményének előterjesztése.

Baróthy Ákos dr. szükségtelemnek tartja indítványának bővebb indokolását a szakegyesülettel szemben. Az actiót időszzerűvé tette a belügyi kormány által kilátásba helyezett pártolás. Ismételtén ajánlja indítványának elfogadását. Hogy azután az orvosegyesület mint fogja az indítványban foglaltakat végrehajtani, az az egyesület dolga.

A szakülés hosszas vita után egyhangúlag elfogadta Fráter Imre dr. indítványát Konrád Béla dr. pótdítmányával együtt, mely szerint az orvosegyesület örömmel értesült arról, hogy a polgármester elnökle alatt bizottság alakult a tuberculosis elleni küzdelem megindítására. Az orvosegyesület örömmel üdvözlö e bizottságot, s azt mindenben úgy testületileg, mint egyenként erejéhez mérten anyagilag és erkölcsileg támogatni fogja. Együttal elhatározta a szakülés, hogy a polgármestert, mint ezen bizottság elnökét, e végzésről értesíteni fogja.

2. Goldner Adolf dr. egy operált hydrocele praeparált zsákját mutatja be. A hydrocele 13—15 kgm súlyú lehetett, s excessiv nagyságánál fogva volt érdemes a bemutatásra.

3. Konrád Béla dr. carcinoma recti operált és gyógyult esetét mutatja be, és betegbementatása kapcsán demonstrálja a kiirtott carcinoma kórboneczani készítményét.

(1906. évi december hó 1-én tartott szakülés.)

1. Fischer Imre dr. 5 beteget mutatott be.

a) *Carcinoma ventriculi.* Cs. K. 45 éves, róm. kath. Műtét: Resectio pylori. Két év óta vannak gyomorpanaszai, 1/2 év előtt vette észre daganatát, azóta folyton hány, gyomra 5—6 óránál tovább nem tűr, fájdalmai miatt rosszul alszik, miért is rohamosan gyengül és soványodik. St. praes. Lesoványodott, cachectikus külsejű nő. A pylorusnak megfelelő helyen körülbelül almanagyságú daganat, mely tömött, sima felületű, jól mozgatható és kevésbé fájdalmas. A gyomorhatárok nagyobbak, a pylorus rosszul zár, a mennyiben felfúvaskor a képződött szénsavat a belekbe bocsátja. A gyomorpróba ebéd után 5 óra múlva emésztetlen részeket tartalmaz. Sósav nines, tejsav nagy mennyiségben, október 27.-én műtét: Műtét előtt 3 napon keresztül per anum tápláltatott a beteg. Metszés a proc. xiphoid. s köldök között. A kóros rész kiirtása után a gyomor sebet egymás fölé rétegezett három varrattal (mucosa, muscularis, serosa) zárta el, kivéve a fundus legalsóbb darabjának megfelelő részletét, a melyen a duodenum átmérőjének megfelelő hosszúságban a gyomor falait nem vonta össze. Ebbe varrta ugyanis be háromszoros varrattal a duodenum esonkját. Zavartalan gyógyulás. Praeparatumbementatás.

b) *Appendicitis; resectio proc. vermiform.* F. M. 50 é., róm. kath., hajadon. 10 év óta vannak fájdalmai az ileocecalis tájon s azóta időnként lázas. Ugyanott férfitenyérszerű területen tompa kopogtatási hang, s nyomásra fájdalmas resistentia tapintható. T = 38.2. P = 90.

Miután az első 48 óra elmúlt, bevárták a roham lezajlását. Műtét szeptember 24.-én, typikus módon. Zavartalan lefolyás. Praeparatumbementatás.

c) *Cysta ovarii intraligamentosa. Ovariectomia.* P. K. 26 é., g.-k., OP. 9 év előtt vette észre, hogy daganat nő hasában. 1 év óta vizelési zavarok, incontinentia. 1 év óta nem menstruál.

St. praes. A hasban emberfejnyi, sima felületű, rugalmas, fluctuatiót adó, nem mozgatható tumor. A genitáliákkal való összefüggés nem mutatható ki. Douglas elődomborodó, bimanualis vizsgálatnál a Douglasra gyakorolt nyomást a hasra tett kéz átveszi. Vizelet zavaros, fehérjét és gennyet tartalmazó, hólyagcapacitás 50 gm. Műtét 1906. október 5.-én. Has megnyitása után kibocsátják a cysta körülbelül 5 liter piszkosbarna tartalmát. A



cysta a vastagbelekkel, a Douglassal és ureterekkel szorosan össze volt növe, úgy hogy csak kés segítségével lehetett az összenövéseket felszabadítani. A jobboldali adnexumokat eltávolították. Mikulicz-tampon. A lefolyást bronchitis zavarta. Praeparatumbemutató.

d) Kystoma ovarii l. s.; ovariectomia. P. A. 54 éves, g.-k., özvegy. Egy év óta van daganata. XIIP. Felvétele után 1 hétre lett hirtelen rosszabb, daganata óráról órára nagyobbodott, szék- és vizeletrekedés. A hasban nagy görögdinnyenagyságú tömött, rugalmas tapintatú, tompa kopogtatási hangot adó, nem mozgatható tumor, mely a méhvel összefügg. Beteg elesett. T = 39.8. P = 130. Műtét szeptember 20.-án lege artis. Zavartalan lefolyás. Praeparatumbemutató.

e) Struma. Strumectomia. G. F.  $\frac{1}{2}$  év óta fennálló mindkét oldali struma, nyelés, légzés kis fokban akadályozott. Konservatív kezelés eredménytelen. Műtét november 6.-án cocainanaesthesiában, Kocher szerint, az erek előzetes leköttése után kiirtás. Zavartalan lefolyás. Praeparatumbemutató.

Rácz Miksa dr. az első esethez: Felesleges a gyomor előzetes desinfectioja, mert 1. úgy sem lehet desinfectálni, 2. mert nem is észszerű a beteg ellenállását a rectumon való táplálással csökkenteni. A varróanyag használatára vonatkozólag megjegyzi, hogy mivel a catgut sterilizálása nehéz, ma már alig vannak catguttal. A mi a gyomor előzetes desinfectioját illeti, a nézetek olyan szélsőségekben mozognak, hogy vannak, a kik teljesen telt gyomor mellett is hozzáfognak a műtét-hez. Hogy egyes kérdésekben a nézetek mennyire eltérnek, idézi Hüttl, a ki laparotomiás betegeit a műtét után pár óra múlva már járítja.

Fischer Imre dr.: A beteg az ételt kihányta, ezért volt szükséges per rectum táplálni; assistentiája nincs, e miatt kénytelen minden prophylacticus dolgot végrehajtani.

Konrád Béla dr.: Ha a beteg mindent kihány, ezelszerű rögtön hozzáfogni a műtét-hez. A catguttal nagyon jól lehet dolgozni, csak jól legyen sterilizálva. Sokan is dolgoznak még vele. Bakterium mindentűn van, s ceteris paribus a selyem könnyebben okoz genyedet. Az 5. esethez: Nem hallotta, hogy a beteg thyreoida-tablettákat szedett volna.

Fischer Imre dr.: Szedett s használt is valamit, de recidivált.

Konrád Béla dr.: Ha a tablettákra visszafeljődött a struma, nem volt indikált a műtét; ha recidivált, újból kellett volna szednie a tablettákat.

Révész Vilmos dr.: Nem lát benne semmi különös dolgot, hogy Hüttl járítja az operált betegeit, hiszen typhust is kezeltek már úgy, hogy a beteget jól táplálták.

2. Konrád Márk dr. cysta ovarii dextri et carcinoma ovarii sinistri esetét ismerteti. 51 éves, IIP, egy év óta nem menstruáló nő. 8 hó óta beteg, mult évi augusztus havában hasában daganatot vett észre, s azóta hasa folyton növekszik; november 5.-én hascsapolással körülbelül 2 liter véres savó távolított el tőle.

St. praes.: Lesoványodott nő; has teriméjében erősen meg-nagyobbodott, kerülete a köldök magasságában 89 cm. A hasban majdnem az egész hasat kitöltő, a medenczéből kiinduló daganat tapintható, mely feszes, fluctuál, tompa kopogtatási hangot ad. A jobb alsó oldala a daganatnak resistensebb.

Műtétnél kitűnt, hogy cysta ovarii-val s carcinomával van dolgunk, mely a jobboldali ovariumból indult ki, s az egész hasat elteríti góccokkal. A hasseb zárása szokott módon. A beteg a műtétből felgyógyult.

3. Révész Vilmos dr. a tetanusról tart előadást.

Az utolsó években sokat foglalkoztak a tetanus kórokozójával, és genialis kísérletek eredményei vezették az orvosokat a serumgyógymód alkalmazására ezen borzasztó betegséggel szemben.

Kitűzött célom nem az, hogy e ritka kór leírását adjam, hisz bizonyos évszakban elég gyakran van alkalmunk észlelni; de a mi a gyógykezelését illeti, elég tehetetlenül kellett végignéznünk a szerencsétlen beteg vergődését, míg a halál szenvedéseitől megváltotta.

Azért, t. uraim, előre is bocsánatot kérek, ha bár igen röviden, de mégis kissé részletesebben terjeszkedem ki a tetanus definitiójára és aetiologiájára, továbbá a tetanusmérget pathológiájára s a tetanus gyógykezelésére.

Tetanus alatt azt az állapotot értjük, midőn tonusos görcsök folytán az egész izomzat megdermed. Ez nem fokozott reflexingerlékenység, hanem az izmoknak tartós egyenletes kényszermegrövidülése, mit Rose dermének nevez. A rációizmoknak megdermedése legjellegzetesebb tünete a tetanusnak, e nélkül a

tetanus kórisméje az embernél nem is állapítható meg. Utána az arcizmoknak aggodalmas eltorzult mosolya, risus sardonius jelentkezik, az arc a facies tetanica képét mutatja. Sorba következnek a végtagok. Passiv mozgathatóságnál rigiditás mutatkozik. Az érintés, vagy egy hangos szó azonnal görcsös contracturákat vált ki, s a beteg fájdalmasan torzítja el az izmokat. A fej belefürödik a párnába, opisthotonus, a gerincoszlop lordosisosan elgörbül, emprosthotonus, a has izomzata deszkakemény, szóval az egész test megdermed, s ilyen görcsös roham közben gyakran beáll a fuladási halál.

Griesinger, Spencer Wells, Bergmann és Strümpell már régen azt a nézetet vallotta, hogy a tetanus infectiosus betegség, de e nézetüket bebizonyítani nem tudták, mert kísérleteiket kutyákon végezték, a kutya pedig nem fogékony a tetanus iránt. Másoknak sikerült ezen betegséget nyulakra átoltani.

A tetanus előidézőjét Nicolaier fedezte fel 1884-ben kerti földben. Gombostülszerű bacillust talált. Ilyen bacillusokkal fertőzött földdel sikerült neki egereken, nyulakon a tetanus előidéznit, de tiszta kultúrában nem tudta őket tenyészteni.

Kitasato-nak sikerült először kitenyészteni kerti földből, és tetanusbetegeket sebeitől; úgy találta, hogy a rendes kísérleti állatok, melyeket ilyen bacillusokkal beoltott, tetanuszt kaptak.

Úgy Kitasato, mint mások megállapították, hogy a bacillus a tetanus kitörésekor a sebben már nem található, tehát gyorsan elpusztul, s Zumpe kísérleteivel kimutatta, hogy a tetanusbacillus a sebből nem megy át a vérbe vagy a szomszédos mirigyekbe.

Miután így megállapították, hogy az infectio a fertőzési helyen izolálva marad, s a bacillust is megtalálták: a betegségnek létrejötte másként nem képzelhető, mint hogy a bacillus egy mérget termel, mely a vérkörbe jutva, előidézi a tetanuszt.

Brieger, Kitasato és Weyl kimutatta, hogy a tetanusbacillus peptonbouillonban közönséges rothadási termékeket létesít, mint indol, scatol, phenol stb. Ezenkívül volt a bouillonban egy mérge, melylyel ugyanazon jelenségeket lehetett előidéznit mint magával a bacillussal.

Brieger állította elő először a tetanusbacillusnak termékeit tisztán vegyi úton, melyekkel tetanuszhoz hasonló görcsöket lehetett előidéznit. Előállította a kultúrákból 4 toxint, 1. az igen mérges tetanint, mely halálos kimenetelű clonico-tonikus görcsöket okoz, 2. a tetanotoxint, 3. a spasmotoxint, e kettő a tetaninhoz hasonlóan hat, s 4. egy aljat, mely nyál- és könnyfolyást okoz.

Ezen vizsgálatok már nagy haladást jelentettek ebben a kérdésben. Mindamellett ki lehetett mutatni, hogy egyik sem volt az igazi toxin, mert aránylag nagy mennyiség kellett belőlük a betegség előidézésére, azután meg a tünetek rendkívül gyorsan fejlődtek ki, holott filtratio útján nyert bacillusmentes tetanus tenyészet csak hosszabb lappangási idő után idézte elő a betegséget.

Majd később Roux, Yersin, Tizzoni, Cattani, Fraenkel és Brieger úgy találta, hogy a bacillusmentes bouillonszűredékből alkohollal vagy ammoniumsulfattal való kicsapás által csapadék nyerhető, melyet ha minimális mennyiségben fecskendeztek be a kísérleti állatokba, tetanus támadt.

Miután végre Buchnernek teljesen fehérjementes tenyésztalajon sikerült a tetanusmérget előállítani, világos volt, hogy a bacillus a mérget nem a tenyészanyagnak fehérjéjéből synthesis útján állítja elő, hanem hogy a mérgeképzés gyaníthatólag a tetanusbacillusnak egy specifikus váladéka lehet.

Kísérleti célokra bouillonszűredékből állítják elő a tetanusmérget. Alacsony hőmérsék mellett beszárítják. Kitasato szerint 65°-nál már néhány perc múlva megsemmisül, sőt ha 55°-nál 1 1/2 óráig hevítik, hatástalan lesz. A száraz mérge, ha világosság ellen védve van és szobahőmérsék mellett áll, évekig megtartja hatását. Kísérleti célokra mindig friss oldat szükséges.

A tetanusmérget erejét következőképen állapítják meg: 0.1 gm. tetanusmérget 1000 cm<sup>3</sup> 10% konyhasóoldatban oldanak, ebből 1 cm<sup>3</sup>-t 1 liter vízzel hígítanak s ha ebből különböző egereknek 0.1—1 cm<sup>3</sup>-nyit befecskendeznek; az a legkisebb mennyiség, melytől az egér beteg lesz, a beteggé tevő mérge adag, az a legkisebb adag pedig, melytől az egér elpusztul, a halálos adag.

Ehrlich kimutatta, hogy a tetanusmérget oldatban tartva,



vagy ha jodtrichloridot adunk hozzá, szétesik componenseire. Képződik egy *protoxoid*, erősebb affinitással az antitoxin irányában, egy *syntoxoid*, hasonló erős affinitással s egy *epitoxoid*, gyengébb affinitással.

Látni fogjuk, hogy Ehrlichnek ezen felfedezése a lehető legnagyobb fontossággal bír azon nehézségek elhárításában, melyek az antitoxinnak mint mérgekzömbösítőnek az állati szervezetben szereplése tekintetében felmerülnek.

A tetanusmérgeknek különböző a hatása a különböző állatokra. Legérzékenyebb a ló, kecske, ember, majom, tengerimalac, azután az egér, szamár, öszvér, tehén, kevésbé érzékeny a nyúl, kutya, patkány, macska, galamb, varjú; sokáig azt hitték, hogy a tyúk teljesen immun, de Courmont, Doyen és Klemperer megállapította, hogy hihetetlen nagy adagra a tyúk is elpusztul. A mai napig úgy tudjuk, hogy a tritonfajok, teknősbéka, scorio és gyík nem fogékonyak. A béka csak kiköltési hőmérséknel fogékony, míg szobahőmérséknel nem. Úgy tudjuk, hogy a papagály és tengeri madarak nem fogékonyak.

A tetanusmérgek az infectio helyéről a vérpályába jut s különböző állatoknál különböző ideig található meg benne.

Blumenthal azt állítja, hogy nagy méregadagoknál is, ha már kitört a tetanus, a mérgek már nem található meg a vérben. Egyes szerzők különféle szervekben is megtalálták, így a májban, lépben, vesében, agy-gerinczagyban. Kísérleti állatoknál a vizeletben is megtalálható, ha nagy adagot kaptak, azonban legtöbbször nem található meg sem az embernél, sem más állatnál.

A tetanusmérgekkel való kísérleteknél feltűnt, hogy a tetanus-jelenségek nem jelentkeznek azonnal, hanem egy bizonyos lappangási idő van, így Courmont és Doyen megállapította, hogy tengerimalacnál nagy adag mérre is csak 12 óra múlva léptek fel tetanus tünetek. Az embernél 1 és 60 nap közt variál az incubatio ideje. Ez a jelenség még nincsen eléggé tisztázva.

(Folytatása következik.)

## Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A kénese vizet használatáról a higanykúrák alkalmával értekezett Desmoulières és Chatin a párisi „Académie des sciences” egyik utóbbi ülésén. Általában azt tartják, hogy a kénese vizű gyógyhelyeken a betegek sokkal nagyobb higanyadagokat tűrnek el, s ezt úgy magyarázzák, hogy a higany a kénellel ilyenkor oldhatatlan csapadék alakjában van jelen. Az előadók vizsgálódásai szerint azonban ez a magyarázat nem tartható fenn; véleményük szerint a kén fokozza a vérsavónak oldó hatását a higanyfehérjékre és elősegíti a szövetekben felhalmozódott higanynak a vérkeringésbe jutását. (La semaine médicale, 1907. 24. szám.)

## PÁLYÁZATOK.

3354/907. sz.

A járásom területén alakított XXI. orvosi kör körorvosi állásának betöltése céljából ezennel pályázatot nyitok.

A pályázni kívánó orvosokat felhívom, hogy az 1876. évi XIV. t. cz. 43. §-a értelmében felszerelt kérvényeiket, netán eddigi alkalmaztatásukat feltüntetve működési bizonyítványaikkal együtt 1907. év augusztus hó 30.-áig annál is inkább nyújtsák be hatóságomnál, mert a később beérkezőket figyelmen kívül fogom hagyni. A választás napját a pályázati idő lejártával fogom megállapítani s arról pályázókat értesíteni.

A betöltendő körorvosi állomás székhelye a járási székhelyt képező Kisújhely nagyközség. A XXI. orvosi körbe vont községek lélekszáma 10,179 lélek.

A körorvos javadalma 1200 korona évi törzsfizetésből, a törvényhatóságilag megállapított látogatási díjakból, ezen látogatásokkal kapcsolatos természetbeni fuvar vagy az ennek megfelelő úti költségekből, a halottszemle- és himnizálási díjakból áll. Hivatalos kötetmei körébe a trachomakezelés is tartozik.

A közszolgálat szempontjából óhajtható volna, hogy pályázók a velük közlendő választási határnapon, esetleg azt megelőzőleg hatóságomnál személyesen megjelenjenek.

Ezen pályázati hirdetményemet a „Vm. Hiv. Lapban” és a körbe vont községek költségére az „Orvosi Hetilap”-ban és az „Országos Orvos-Szövetség Hiv. Lapjában” közölni rendelem.

Kisújhely, Trencsén vm., 1907. évi július hó 30.-án.

Cselkó Jenő, járási főszolgabíró.

Békés vármegye közokmányozási és elmebeteg-osztályán egy-egy segédorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: a belgyógyászati osztályon évi 1000 korona készpénzfizetés, az elmebeteg-osztályon 1600 korona készpénzfizetés és mindkét állásnál I. osztályú teljes ellátás.

Pályázni kívánókat felhívom, hogy képesítésüket, valamint eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt folyamódványaikat méltóságos Fábry Sándor dr. úrhoz, Békés vármegye és Hódmezővásárhely főispánjához intézve hozzám f. é. i. augusztus hó 21.-éig nyújtsák be.

Gyula, 1907. évi augusztus hó 1. én.

2-1

Békés vármegye közokmányozási igazgatója.

6448/907. sz.

Losoncz rendezett tanácsú város tulajdonát képező és 60 ágyra felszerelt városi közokmányozási lemondás folytán megüresedett közokmányozási orvosi állásra pályázatot hirdetek.

Felhívom mindazokat, a kik ezen 1000 korona évi fizetés, természetbeni lakás, fűtés, világítás és közokmányozási élelmezés élvezetével egybekötött állást elnyerni óhajtják, hogy szabályszerűen bélyegzett, a képesítést és eddigi működést igazoló okmányokkal kellően felszerelt pályázati kérvényeiket f. évi szeptember hó 15.-éig hivatalomhoz annál is inkább nyújtsák be, mivel az elkészen érkező pályázatok figyelembe nem vétetnek.

Losoncz, 1907. évi augusztus hó 3.-án.

3-1

A polgármester.

2024/907. sz. sz.

A lemondás folytán megüresedett balavásári körorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Székhely Balavásár (Kis-Küküllő vármegye). A körhöz 13 község tartozik.

1. Törzsfizetés 1200 korona.

2. Fuvardíj 600 korona.

Ezen összegért köteles a kört havonként egyszer beutazni, s járvány esetén annyiszor, a hányszor szükséges.

Úgy a fizetést, mint a fuvarbért a dícsőszentmártoni kir. adóhivatal fizeti ki előlegesen.

Az állás nyugdíjjogosultsággal van egybekötve.

Pályázati kérelmek szeptember hó 30.-áig adandók be.

Erzsébetváros, 1907. évi augusztus hó 1.-én.

A főszolgabíró.

2868/907. sz. sz.

A lemondás folytán megüresedett zágori körorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Székhely Zágor (Kis-Küküllő vármegye). A körhöz 13 község tartozik.

1. Törzsfizetés 1200 korona.

2. Fuvardíj 600 korona.

Ezen összegért köteles a kört havonként egyszer beutazni, járvány esetén annyiszor, a hányszor szükséges, kézi gyógytáért folyamodni lehet.

Úgy a fizetést, mint a fuvarbért a dícsőszentmártoni kir. adóhivatal előlegesen szolgáltatja ki.

Az állás nyugdíjjogosultsággal van egybekötve.

A pályázati kérelmek ez évi szeptember hó 30.-áig adandók be.

Erzsébetváros, 1907. évi augusztus hó 1.-én.

A főszolgabíró.

4002/907. sz.

Nógrád vármegye sziráki járásához tartozó Szirák, Vanyarcz, Bér, Buják, Kisbágyon és Egyházasdengeleg községekből álló sziráki közegészségügyi körben megüresedett sziráki körorvosi állásra Szirák székhellyel pályázatot hirdetek.

Ezen állást elnyerni óhajtókat felhívom, hogy az 1876. évi XIV. t. cz. 143. §-ában előírt képzettségüket, valamint eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket legkésőbb f. évi augusztus hó 18.-áig annál is inkább terjeszték be hivatalomhoz, mivel a később érkezett pályázati kérvényeket figyelembe nem vehetem.

A választást f. évi augusztus hó 21.-én délután 3 órakor fogom Szirákon, a község házában megtartani.

Körorvos javadalmazása addig, míg a körorvosi javadalmazások törvényhozásilag országos érvényre nem emelkednek, következő:

1. Törzsfizetés havi utólagos részletekben fizetendő 1200 korona.

2. Két ízben adandó 100—100 koronát kitevő ötödéves pótlék.

3. Fuvarátalány 200 korona.

Rendelési díjak az orvos lakásán 40 fillér, a beteg lakásán helyben 80 fillér, a kör többi községeiben 4 korona. Ejjel ennek kétszerese. Tartozik a körorvos körét négyhetenként beutazni és a 20 korona állami adónál kevesebbet fizetők díjtalanul gyógykezelti.

A körben lévő uradalmak elég jelentékeny jövedelmet adnak a körorvosnak. Szirák, 1907. évi június hó 11.-én.

Ivanka, főszolgabíró.

A budapesti „Fehér Kereszt” gyermekkorház sebészeti osztályán üresedésben lévő egy 1200 korona évi fizetéssel, lakással és teljes ellátással javadalmazott orvosi, továbbá egy 1000 korona évi fizetéssel, lakással és teljes ellátással javadalmazott segédorvosi állásra pályázatot hirdetek a „Fehér Kereszt” egyesület.

Az egyesület nevében felhívom azon orvos urakat, a kik ezen állásokat elnyerni óhajtják, hogy orvosi oklevelüket és egyéb esetleges működési bizonyítványaiknak hitelesített másolatával felszerelt folyamódványaikat hozzám legkésőbb 1907. évi augusztus hó 25.-éig küldjék be.

Az alorvostól műtői oklevél kívántatik meg.

Budapest, 1907. évi augusztus hó 1.-én.

2-1

Szemere Béla dr.,

a sebészeti osztály főorvosa.

IX., Ráday-utca 18. sz. II. emelet.



# ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben. Folytatták: Antal Géza és Högyes Endre.

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

LENHOSSÉK MIHÁLY EGYET. TANÁR ÉS SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. TANÁR,  
FŐSZERKESZTŐ. SZERKESZTŐ.

**Mellékletei:** SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében 4 szám. GYNAEKOLOGIA Tóth István és Temesváry Rezső szerkesztésében 4 szám. ELME- ÉS IDEGKÓRTAN Babarcsi Schwartzter Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3—4 szám. — Egyéb tudományos mellékletek.

## TARTALOM:

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Elfer Aladár: Közlemény a kolozsvári belorvostani klinikáról. (Igazgató: Purjesz Zsigmond dr. egyetemi tanár, udvari tanácsos.) Megfigyeléseink a Röntgen-fénynyel gyógykezelt fehérvérűség-esetekben. 588. lap.

Vas Bernát: Közlemény a budapesti poliklinika laboratóriumából. Adatok a pentosuria ismeretéhez. 590. lap.

Elischer Gyula és Engel Károly: Közlés az I. számú belorvostani klinikáról. Igazgató: Korányi Frigyes dr., ny. r. egyetemi tanár. Az orthodiagraphiáról. 592. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. W. Zweig: Die Therapie der Magen- und Darmkrankheiten. — Lapszemle. Belorvostan. Leyden: A typhus serumtherápiája.

— de Cigna: Az agygyutát megelőző orrvérzés. — Lasinsky: A plexus coeliacus neurosis. — Sebészeti Tígel: Kisérleti tanulmány a tüdő- és a mellhártya-sebészeti köréből. — Makkas: A gyomorrák sebészi kezelésével elért eredmények. — W. W. Keen: A koponyaboltozat teljes elhalása. — Gyermekorvostan. Witzenhansen: Phimosi a gyermekkorban. — Húgyászati betegségek. M. Masini: A lövés által okozott vesesérülés. — Comby: A gyermekek éjjeli incontinenciája. — Veneréus bántalmak. F. Moses: A syphilis atoxylos kezelése. — Kisebbségi közlemények az orvosgyakorlatra. Weissmann: A lysargin. — Mayencon: A pilocarpin mint adjuvans a syphilis gyógyításában. 595—597. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi újság. 598. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok — Hirdetések. 597. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 598—599. lap.

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a kolozsvári belorvostani klinikáról. (Igazgató: Purjesz Zsigmond dr. egyetemi tanár, udvari tanácsos.)

Megfigyeléseink a Röntgen-fénynyel gyógykezelt fehérvérűség-esetekben.

Közlő: Elfer Aladár dr.

Azon számos összefoglaló közleménynek, mely a Röntgen-fénynek a belső szervekre való hatásával foglalkozik, általános közismertsége felment az ezen irányú vizsgálatok részletes ismertetésétől. Szorosan véve csakis azon munkálatok felemlítésére szorítkozom, melyek adataink feldolgozásánál elkerülhetetlennek látszottak.

A Röntgen-fényt mint gyógyszerterápiát a belső megbetegedésekben a kolozsvári belorvostani klinikán az 1904. év őszétől kiterjedten alkalmazzuk s azon tapasztalásaink, melyekről részint az „Orvosi Hetilap” 1905. 13—14. számában, továbbá a „Magyar Orvosok s Természetvizsgálók”-nak Szegeden tartott gyűlésén már megemlékeztünk, készítettek bennünket ily irányú kiterjedtebb s irodalmilag is felhasználható megfigyelésekre. Jelen alkalommal a Röntgen-fénynek a klinikai értelemben vett fehérvérűségre gyakorolt befolyásáról óhajtunk röviden megemlékezni.

Ilyen irányú tapasztalásaink 12 esetre szorítkoznak. Ezek közül kilencz úgy külső megjelenési formájában, mint haemocytologiai csontvelői származásra utalt, kettő a klinikai kép alapján, egybevetve vérvizsgálati adatainkkal, a nyirokmirigyrendszer s csontvelő együttes megbetegedését mutatta, egy esetünk pedig a fehérvérűség azon csoportjába tartozott, melyben a klinikai jelek főképen a csontvelő megbetegedésére utaltak, míg a haemocytologiai kép a nyirokmirigyrendszernek s csontvelőnek alkalomszerűleg közös megbetegedését engedte gyanítani.

Észlelt eseteink között természetesen olyanok is szerepelnek, melyeket rövidebb ideig észleltünk, de mégis értékesíthető.

nek gondoltunk azon eseteink mellett, melyek hosszabb időn keresztül állottak s állanak ma is megfigyelésünk alatt. A technikai részre vonatkozólag annyit jegyzünk meg, hogy általában véve az 50 cm. szikratávú induktorunk mellett a Wehnelt-féle elektrolitikus szakitót használtuk, még pedig a 2-s jegyűt, 70 Volt s 7 Ampère mellett; a kemény Gundelach-Müller vagy Rosenthal-féle Röntgen csövet 40 cm. csőtáv mellett alkalmaztuk. A Röntgen-fénynek kitett területek staniolpapírral fedettek be, egyéb területeket pedig gondosan védtünk viaszos vászonnal bevont, elég vastag ólomlemezekkel.

Az ettől eltérő eljárásokat dolgozatunk menetén említjük fel. Súlyt helyeztünk betegeinknél nemcsak a klinikai kép esetleges változásaira, hanem pontos vérvizsgálatok alapján is igyekeztünk a Röntgen-fénynek a vérképző szervekre gyakorolt hatásáról felvilágosítást nyerni. Azért tehát már itt említjük meg, hogy native vett vérvérvizsgálatakon kívül a különböző festési eljárásokat is igénybe vettük. Pontos haemoglobin-, pirosvértest- s fehérvérsejtmeghatározásokat végeztünk. Festési eljárásaink az általánosan használtatni szokottak voltak, nevezetesen a fedőlemeze felkent s methylenalkoholban fixált készítményeinket megfestettük a Giemsa-féle azureosinnal, lúgos methylenkével s vízes eosinoldattal. A hőben rögzített készítményeinket pedig Ehrlich-féle triaciddal, a szobahőmérséken megszáradt készítményeinket pedig Jenner vagy May-Grünwald szerint készített folyadékkal festettük meg. Azonkívül készítményeink egy részében Hastings szerint készített folyadékot is használtuk, melyet tapasztalásaink alapján mint igen czélszerűt említhetünk a basophil granulatiók feltüntetésére. Az egyenletesen felkent, különböző módon festett készítményeinken a fehérvérsejtek qualitativ viszonyairól is igyekeztünk felvilágosítást szerezni s legkevesebb 500 sejt megszámlálása után állítottuk össze táblázatainkat. A neutrophil vérvérvizsgálata — ha nem is a szorosan vett Arneth-féle séma szerint — igyekeztünk eseteinkben elemezni, de az ezekre vonatkozó részletes adatok felemlítésétől jelen alkalommal eltekinthetünk, mivel azt a nagy fontosságot, melyet Arneth ezeknek tulajdonít, nem találjuk teljesen indokoltnak, nemcsak ezen, de számos egyéb megbetegedésekben is tett tapasztalataink alapján.

Megfigyeléseink a következők:



I. T á b l a.

Datum	Therapia	Röntgen- tehatás idő- tartama	Kórlefolyás	Beteg súlya	Haemo- globin	Piros- vértest	Fehér- vérsejt	Arány P : F	Vér- lemezke	Magvas pi- rosvérsejt	Többsmagvú sejtek		Egymagvú sejt		Lympho- cyta		Basophilsejt	Egymagvú és átmeneti	Megjegyzések
											neutr.	eosin.	neutr.	eosin.	nagy	kicsiny			
											s z á z a l é k b a n								
X. 1.	Chinafőzet	—	Subjective jól van	57 kgm.	8.40% (Fleischl- Milscher)	2.160,000	284,000	7.6:1	Elég sok	—	50.9	1.9	17.2	1.2	0.7	0.7	4.1	22.6	—
X. 7.	Arsen + vas	—	Subfebrilis	55 kgm.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
X. 16.	Natr. cacodyl. 0.005 subcutan	—	Vérvizsgálat történik a natr. cacodyl. injectio után	55.500	—	—	—	—	Elég sok	—	62.9	1.6	13.6	1.1	0.3	0.5	2.7	17.3	—
X. 25.	Kilenczedik natr. cacodyl. injectio	—	Subjective jól van. Jelen- leg is subfebrilis	—	8.94%	2.240,000	188,000	11.9:1	Elég sok	0.1	58.4	1.7	8.1	0.3	0.1	2.6	2.0	26.7	A pirosvértestek kis- fokú polychromato- philiát mutatnak
X. 28.	16. natr. cacodyl. injectio	—	Subjective jól van	56 kgm.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
XI. 4.	32. natr. cacodyl. injectio	—	Subjective jól van. Sub- febrilis	—	11.34%	2.400,000	232,000	10.5:1	Elég sok	0.1	55.8	2.6	9.2	1.1	0.3	1.6	1.4	27.9	—
XI. 15.	43. natr. cacodyl. injectio	—	Lép valamivel kisebb	56.700	12.51%	3.224,000	204,000	—	Elég sok	0.1	56.3	0.3	14.7	1.8	0.7	4.1	0.4	31.6	—
XI. 18.	57. natr. cacodyl. injectio	—	Kétszer pépes székletét. Subjective jól van	58 kgm.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
XI. 21.	60. natr. cacodyl. injectio	—	Lépnagyság leghosszabb átmérőben 41 cm., leg- rövidebben 16 cm. A lép nem annyira tömött	—	11.34%	3.080,000	188,000	16.3:1	Elég sok	0.2	62.5	1.6	9.3	1.0	0.2	1.8	1.2	22.2	Az anisocytosis csak- nem teljesen eltűnt
R ö n t g e n - s z a k																			
XI. 21.	Lép felett rönt- genezés 30 perc	30 perc	3/4 óra után vérvétel	—	—	—	200,000	—	Elég sok	—	49.8	1.5	12.6	0.7	0.5	1.9	3.1	29.9	—
XI. 22.	Lép felett rönt- genezés 20 perc	50 perc	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
XI. 23.	Lép felett rönt- genezés 20 perc	70 perc	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
XI. 24.	Lép felett rönt- genezés 25 perc	95 perc	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
XI. 25.	Lép felett rönt- genezés 25 perc	120 perc	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
XI. 26.	Lép felett rönt- genezés 25 perc	145 perc	A beteg erősebbnek érzi magát	58 kgm.	10.14%	3.360,000	180,000	18.6:1	Elég sok	0.1	72.9	1.9	3.8	0.1	—	2.0	1.9	17.3	—
XI. 27.	Lép felett rönt- genezés 30 perc	175 perc	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
XI. 28.	28 cm. csőtáv, 60 Volt, 6 Ampère, elektrolytikus sza- kító, 25 perc	200 perc	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
XI. 29. XII. 1., 2., 3., 4.	20—30 perc	330 perc	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
XII. 5.	20 perc	350 perc	Allandóan láztalan. A vizeletben fehéreje nincs	57.900	10.84%	2.640,000	70,000	37.7:1	Elég sok	—	47.5	2.5	11.7	0.5	0.1	2.5	2.5	32.7	—
XII. 6., 7., 8.	20—20 perc	410 perc	—	—	—	3.536,000	73,000	48.4:1	Elég sok	—	79.6	0.6	2.5	0.2	—	0.9	3.4	12.8	—
XII. 11., 12., 13.*	25—26 perc	461 perc	A lép méretei olyanok, mint az arsenkezelés végén. Subj. jól van	55.900	Fleischl szerint 60	3.650,000	57,000	64.0:1	Elég sok	0.1	79.6	0.3	4.5	0.1	0.1	1.9	2.1	11.3	—
1907. V. 21.	—	—	A lép alig tapintható. Teljesen munkaképes	—	16.20%	4.400,000	9,000	488.8:1	Elég sok	—	87.9	0.1	0.1	—	—	7.5	0.2	4.4	—

\* A beteg 1907 december hó 13.-án javult közérzettel, megerősödve távozik a klinikáról.



II. T á b l a.

Kelet	Therapia	A Röntgen-behatás tartásvisége	Kórlefolyás	A beteg súlya	Haemoglobin	Vörösvértest	Fehérvérsejt	Arány	Vérlemezke	Magvas vörösvérsejt	Többsmagvú sejtek		Egymagvú sejt		Lymphocyta		Basophilsejt	Egymagvú és átmeneti	Megjegyzések
											neutr.	eosin.	neutr.	eosin.	nagy	kicsiny			
											százalékban								
1905 IV. 12.	Coffein subcutan	—	Délelőtt 33·7°, délután 39·20. Pulsus 116. Légzés 36	—	4·76%	1.240,000	232,000	5·3 : 1	Sok	7·9	46·3	0·1	21·7	0·1	0·3	4·5	0·1	19	Kifejezett polychromatophilia, számos szemcsés vörösvértest a magvas vörösvérsejtek protoplasmája is sok helyt szemcsézett. Megalocyták
IV. 13.	—	—	Délelőtt a beteg rosszul van, erős fülzúgás. Délután R. e. vérvizsgálat. Maximális hőmérsék 38·5°	—	2·28%	1.240,000	280,000	4·4 : 1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
IV. 13.	Hordágyon vitetik a Röntgen-szobába, hol 130 cm. csőtáv mellett fejét ólomlemezekkel védve, az egész testet besugározzuk higanyszakító 100 Volt s 2 Ampère mellett 30 percig	30 perc	Röntgen után 35 percczel vérvizsgálat	—	4·08%	1.600,000	320,000	5 : 1	Sok	6·1	48·5	—	18·7	—	1	6·4	1·3	18	—
IV. 14.	Fenti módon röntgenezés	60 perc	Maximális hőmérsék 38°	—	5·96%	1.200,000	212,000	5·6 : 1	Sok	7·1	51·5	0·1	18·4	—	0·5	4·7	1·8	16	—
IV. 15., 16.	Fenti módon röntgenezés 30—30 perc	120 perc	Valamivel könnyebben van	—	4·17%	1.480,000	204,000	7·2 : 1	Sok	9·4	55	—	10·5	—	0·2	6·3	2·5	16·1	Még mindig kifejezett polychromatophilia, szemcsés vörösvértest is elég sok van
IV. 17., 18., 19.	Fenti módon röntgenezés 20—20 perc	180 perc	Fokozatos könnyebbedés. Maximális hőmérsék 37·1°	—	4·08%	1.872,000	52,000	36 : 1	Elég sok	14·1	55·2	0·4	8·2	0·2	0·9	5·8	0·6	14·6	—
IV. 20., 21., 22.	Fenti módon röntgenezés 23—20—10 perc	233 perc	Maximális hőmérsék 37·2°	—	6·16%	1.900,000	23,000	82·6 : 1	Elég sok	3·9	68·3	0·6	6·9	0·2	0·2	6	1·1	12·8	—
IV. 23., 24., 25.	Fenti módon röntgenezés 10—10—5 perc	258 perc	Maximális hőmérsék 37°	—	7·94%	2.400,000	10,000	240 : 1	Elég sok	2·9	72·8	0·3	3·4	—	—	12·6	0·3	7·8	Polychromatophilia nem oly kifejezett, szemcsés vörösvértestek kevésbé vannak jelen
IV. 26., 27.	Fenti módon röntgenezés 5—11 perc	274 perc	A beteg sokkal könnyebben van	—	8·74%	2.880,000	13,000	221 : 1	Elég sok	0·5	78·8	0·4	3·6	—	0·2	10·2	0·5	5·8	—
IV. 28., 29., 30.	Fenti módon röntgenezés 10—10 perc	304 perc	A beteg kitűnő étvágygyal eszik. A lép nem tapintható, a léptompulat jelentékenyen megkisebbedett. A máj egy harántujjnyira a bordaív alatt tapintható	44 kgm.	7·84%	3.400,000	16,000	211·5 : 1	Elég sok	0·3	75·5	0·3	5	—	0·5	10·8	1·2	6·4	—
V. 1.	—	—	A Röntgen kimarad. A beteg teljesen láztalan. Az ágyból felkel	—	7·16%	3.240,000	14,000	231·4 : 1	Elég sok	0·7	81·7	0·2	3·7	—	—	9·8	0·2	3·7	—
V. 4.	—	—	A szemfenéki vérzés eltűnt	—	7·94%	3.480,000	20,000	174 : 1	Elég sok	1·5	74·9	0·7	6·9	—	—	3·5	0·6	11·9	Nagyon csekély polychromatophilia, itt-ott szemcsés vörösvértest, anisocytosis alig kifejezett, fehérvérsejtek neutrophil granulatioja kifejezett
V. 8.	—	—	"	—	6·76%	3.240,000	18,000	180 : 1	Elég sok	0·2	79·2	—	2·7	—	0·6	11·4	—	5·9	"
V. 15.	—	—	"	47 kgm.	9·94%	4.000,000	21,000	190·4 : 1	Sok	0·2	77·2	—	2	—	0·2	11·2	0·6	8·6	"

A beteg jelentékenyen javultan távozik.



I. H. G. 35 éves nőbeteg. Férjes. Anyja, 4 testvére él. Négy testvére kis korban, előtte ismeretlen betegségben halt el. Három élő gyermeke egészséges. Másfél év előtt abortus. Előzőleg beteg nem volt. Havi baja még egy hónap előtt is volt. Csak két hét óta észleli, hogy hasában valami daganatféle van, egy hét óta pedig feszülést is érez hasában, s ha jobb oldalára fekszik, erős fájdalmat érez. Ez év nyarán esténként lába megdagadt. Állítólag már két év óta fájdalmas a mellcsontja. Klinikai felvétel 1906. évi szeptember 27.

A középtermű, gracilisabb csont- s izomrendszerű, kissé lefogyott nőbetegnek látható nyálkahártyái s bőre halvány. Inguinális hajlatban pár apró, borsónyi mirigy tapintható. Mirigyeket sehol máshol nem tapintunk. A sensorium tiszta, az idegrendszer eltérést nem mutat. A nyelv tiszta. A légcsőszájpad s a garat nyálkahártyája igen halvány, a nyelv gyökén feltűnőbb nagyságú duzzanatokat nem látunk. A tonsillái sem nagyobbak. A nyakon semmi felemelésre méltó. A mellkasi szervek felett physikailag kimutatható különösebb eltérést nem említhetünk. A sternum nyomásra erősen fájdalmas. A verőérőkés szaporább (percenként 110), közepes teltségű és feszességű, rhythmusos. A has mérsékelt en elődomborodó, körfogata a köldök magasságában 79 cm. A bal hypochondrium alól egy képlet nyúlik ki, mely a középvonalat két ujjnyira túlhaladja s lefelé csaknem a lig. ileoinguinaleig ér, sima felületű, kemény tapintatú s a szabad elülső szélén jellemző bevágást mutat. A légzőmozgásokat követi, nyomásra nem fájdalmas. Felette tompa kopogtatási hang nyerhető. Ezen képlet felett nyerhető tompulat összefolyik a bal hypochondriumban nyerhető tompulattal, melynek felső határa a középső hónaljvonalban a 7. borda alsó szélén van. A lép leghosszabb átmérője 44 cm., a legkisebb pedig 17.5 cm. A máj alsó széle a jobb bordaívét a bimbóvonalban 4 harántujjal haladja meg. A szemfenéken vérzés nem látható. (Borbély dr.) A székletét rendes, a vizelet a minimális mennyiségű fehérjén kívül más rendellenes alkotórészt nem tartalmaz. Felvételtkor a hőmérséklet 36.4°. Therapia: chinafőzet.

A bejövét alkalmával megejtett vérvizsgálatnál a pirosvértestek valamivel halványabbnak látszanak, kisméretű anisocytosis, kifejezett pénztekercsképződés. A fehérvérsejtek nagy mértékben felszaporodottak s típusos képét mutatják a csontvelői fehérvérsejtszerűen. A vérelemzők állandóan elég nagy mennyiségben láthatók.

Ezen betegünkönél első sorban az arsennek hatásmódját igyekeztünk tanulmányozni, s csak egy bizonyos mértékű arsenadagolás után alkalmaztuk a Röntgen-fény-therapiát. Az észlelésünk alatti összes viszonyokat feltünteteti az alábbi táblázat. (Lásd I. tábla.)

A mint a táblázatunkból kitűnik, összehasonlíthatjuk az arsen hatását az adott esetben a Röntgen által elért eredménnyel. Az adott esetben a cacodylsavas natrium bőr alul alkalmazását a beteg jól tűrte. Subjective az egész arsenkezelés alatt jól volt. Lépe nagyságban kisebbedett, testsúlya gyarapodott. Különösen kiemelendők tartjuk a pirosvértestek megszorodását, a fehérvérsejtek mérsékelt arányú fogyásával szemben. A vér haemoglobintartalma is növekedett. A mi a vér alakeleimét illeti, az arsenkezelés vége felé inkább látjuk a magvas pirosvérsejteket, továbbá az erythrocyták jobb festődését. A mi a fehérvérsejtek qualitativ viselkedését illeti, táblázatunkból nem tudunk biztos véleményt formálni, kivéve az egymagvú neutrophil granulatiós sejtek mérsékelt megfogyását és az egymagvú leukocyták s átmeneti sejtfarmák megszorodását.

A Röntgen-fény behatására, mely csakis a léptágra alkalmaztatott, úgy tapasztaltuk, hogy 350 percnyi behatás után a fehérvérsejtek 180,000-ről 70,000-re csökkentek s 461 percnyi behatás után 53,000 volt köbmilliméterenként a számuk, a mi mellett a fehérvérsejtek qualitativ viszonyai is kedvezőbb változást mutatnak, a mennyiben a polynucleáris neutrophil sejtfarmák jelentékenyebben számban láthatók, jól kifejezett granulatiókkal. Pathológiás sejtfarmákat most is látunk különböző velősejtek képében. Mindenesetre feltűnő esetünkben a mononucleáris leukocyták s átmeneti sejtalakoknak nagyobb számban előfordulása s a lymphocyták karakterű nagyobb egymagvú sejteknek a keringő vérben való jelenléte. Munkálatunk lezárása után a beteg újlag jelentkezik (1907 május 21). Teljesen egészséges nő benyomását teszi; a lépet csak mély légvételnél tapinthatjuk; a nativ vérben myelocyták hosszas keresés után sem látunk. Festett készítményen alig 1-1 neutrophil-myelocyták; egyébként qualitative erős polynucleáris leukocytosis. Tehát több mint 1/2 évig tartó igen kedvező remissio ez, melyet jelenleg intermissionnak is mondhatunk.

II. P. M. 40 éves, özvegy, mosónő. Szüleit nem ismerte. Két élő testvére egészséges, több testvére nem is volt. Gyermeke nem volt. Gyermekekori bántalmak közül hólyagos himlőt említ. Alkohol-élvezetet, venereás bántalmakat tagad. Havi baját 15 éves korában kapta meg először. Egy év óta kimaradt. Jelen bajáig állítólag mindig egészséges volt. Csak egy hónap óta gyengélkedik. Könnyen fárad munkaközben, 4 nap előtt állítólag körülbelül 2 deciliternyi vért hányt, a mikor is eszméletét elvesztette. Fél óra múltán magához tért, de azóta ágyából nem kelt fel. Nagy mértékben elgyengült, erős fejfájás kínozza, fülzúgása van, kábult. Ilyen állapotban szállítják 1905 április 11-én délután 4 órakor kórodánkra a következő statussal.

Mérsékelt en felett nőbeteg. Csontrendszere látható alaki eltéréseket nem mutat. A sternum nyomásra érzékeny, fölötte a bőr duzzadtabb. Izomzat petyhüdt, bőralatti kötőszövet zsírtartalma megfogyott. A bőr színe igen halvány. A bal csomb felső belső harmadán gyermektényéri helyen kékes elszíneződés, mely nyomásra nem tűnik el. A jobb felkar középső belső harmadában körülbelül 6 cm.-nyi, hasonlóan elszíneződött terület; állítólag e helyen megütötte magát. Nagyobb mirigyeket sehol nem tapintunk, kivéve a jobb lágyékhajlatban pár borsónyi mirigyet. Kissé soporosus. A látak szűkebbek, fényre s alkalmazkodásra

reagálnak. Különösebb idegrendszerbeli eltérést nem kapunk. Nyelv tiszta. Lány szájjad s torok nyálkahártyája rendkívül halvány, mindkét tonsilla duzzadt. Etvágy csökkent, szomj nem fokozott, nyelés szabad. Nyak részarányos, bal állszöglet alatt borsónyi heg. Mellkasi szervek felett kopogtatással rendelleneséget nem találunk; légzés szapora, átlagos száma percenként 34. Verőérőkés szapora, üres, különben változó teltségű, arhythmias. Átlagos száma percenként 106. Relatív szívtempulát 2 harántujjal meghaladja a jobb szegyszélt. Szívcsücsülökés csak homályosan tapintható az V. bordaközben a bimbóvonalban. Tüdők felett érdes légzés hallható. Pulmonalis II. hangja ékelt. Léptompulat a középső hónaljvonalban a VII. bordán kezdődik, leterjed a XII. bordáig, egy harántujjal túlhaladja a bordaszélt; hosszúsági s szélességi átmérője 17:15 cm. A máj a jobb bordaívét másfél harántujjal túlhaladja, kemény. Legnagyobb hosszúsága 21.5 cm. Egyébként a has laposan szétterülő s benne a két fenti képleten kívül semmi rendelleneséget nem tapinthatunk. Mindkét szemfenéken apró vérzések (Borbély dr.). Vizeletben minimális fehérje. Székletét nem véres. A beteg hőmérséklete felvételtkor 38.8°, verőérőkés 92, légzés 36. Therapia: coffein subcutan. Jégzacskó a hasra, tejétrend.

12.-én a beteg sensoruma tisztább s a délelőtti megejtett vérvizsgálat szerint a következőket kapjuk: A vér higan folyó, halvány. Nativ készítményben nagyfokú anisocytosis, mérsékelt poikilocytosis, nagyon sok magvas vörösvérsejt igen változó magformákkal. A fehérvérsejtek rendkívül megszorodtak s a csontvelőből származó legváltozatosabb alakokat mutatják. (L. II. tábla.)

Ezen táblázat elég élénken mutatja a leukaemiában egyébként is észlelhető gyors remissio képét. Eseteink felemelése után ezekről bővebben lesz szó. Csak röviden utalni akarok arra, hogy ezen esetünkben, melyben a beteg subintelligentiájánál fogva körelőzményi adataink az alapmegbetegedésre vonatkozólag nem a legmegbízhatóbbak, egy hó óta már feltétlen nehézségeket okozott maga az alapmegbetegedés. Bejövetele előtt 4 nappal vérhányása volt. Azonkívül mint lázas beteget kaptuk észlelés alá. Hogy már most az azonnal bevezetett Röntgen-fény-therapia, avagy pedig a valamely — ki nem mutatható — ok miatt fennálló hőemelkedéssel járó folyamat, avagy pedig a közelebről meg nem határozható vérvérteség volt-e a gyors intermissio oka; tehát külön külön avagy pedig mint együttesen szereplő, közös gyógytényező szerepelte-e, erre vonatkozólag határozott feleletet nem nyújtok, bár saját egyéni véleményem szerint a betegség lefolyásának ezen gyors megváltozását mind a 3 tényező egymást segítő behatására vezetném vissza. Az tény, hogy az igazán súlyos beteg benyomását tevő nőn egy héten belül oly bámulatos megváltozást észlelhetjük a klinikai képek, a milyent a leukaemiás intermissiók csak igen ritkán mutatnak. Mondhatnám, hogy a tünetesoportok megváltozása mintegy krízis alakjában folyt le.

A Röntgen-kezelésre vonatkozólag esetünkben megjegyzendőnek tartom, hogy a Röntgen-fényt 138 cm. távolságból kapta a beteg, még pedig egész testére, kivéve a fejet. A mennyire az ily irányú irodalom rendelkezéseire állott, ilyen csőtávú besugároztatást nem alkalmaztak. Magam részéről, a három alábbi esetet kivéve, ily nagy csőtávval nem dolgoztam, s csakis oly körülmények összeállításakor tartanám alkalmazandónak, mint jelen esetünk. A betegnél az objectiv tünetek is gyorsan változtak, elég hamar volt észlelhető a lép megkisebbedése, a csontfájdalom megszűnése és a vérképek előnyös megjavulása. A haemoglobintartalom meglehetősen emelkedett, a vörösvértestek száma hasonlóképen, míg a fehérvérsejtek rohamosan megfogytak. A beteg összesen 304 percnyi Röntgenfény-besugároztatásnak volt kitéve, mely behatás után, mint a táblázatból látható, a vörös- és fehérvértestek közötti arány 231:4:1 volt, szemben a bejövétkor észlelt 5:3:1 aránnyal. Azonban még akkor is, midőn a legjobb vérképet észlelhetjük, látható volt pathológiás sejtfarmák elég nagy számban. A táblázatból élénken látható a polymorph neutrophil sejtek jelentékeny megszorodása, a neutrophil myelocyták elég gyors megfogyásával szemben. Az eosinophil myelocyták elég gyorsan tűntek el a keringő vérből, bár a polynucleáris eosinophil sejtfarmák sem mutatták azt a szaporulatot, melyet a közönséges csontvelői fehérvérsejtszerűen rendszeren látni szoktunk. A vörösvérsejtek kezdetben az anisocytosis és a nagy számban jelenlevő magvas vörösvérsejtek miatt volt feltűnő, mely körülmény az azelőtti nagy vérvérteséggel hozható kapcsolatba. Azonban még a távozásakor is észlelhetők voltak normoblastok, melyek magvai most már az előzőleg látható változatos formákat nem mutatták. Feltűnő volt a vérelemzők állandóan nagy számban való jelenléte. A beteg mintegy 5 hétig állott észlelésünk alatt, s marasztalásunk ellenére kórodánkról távozott, azon kijelentéssel, hogyha rosszabbul lesz, ismét visszajön. A beteg többé nem került észlelésünk alá s mint időközben másoktól értesültünk, azóta el is halt. Hogy mikor, biztosan nem tudhattuk meg.

(Folytatása következik.)

## Közlemény a budapesti poliklinika laboratóriumából.

### Adatok a pentosuria ismeretéhez.

Irta: Vas Bernát dr., egyetemi magántanár, a poliklinikai laboratórium vezetője.

A pentosuria, vagyis az öt vegyértékű cukornak kiválasztása a vizelet útján, mint önálló folyamat felette ritkán fordul elő. Jastrowitz és Salkowski<sup>1</sup> 1892-ben fedezte fel a pentosét egy morphinista vizeletében; azóta 1903-ig Bendix<sup>2</sup> 8, 1904-ig



Neuberg<sup>3</sup> 11 esetet gyűjtött össze az irodalomból, melyben kétségtelenül pentose volt a vizeletben. Ezekhez járulnak még az utóbbi évekből Bial,<sup>4</sup> Erben,<sup>5</sup> Blum,<sup>6</sup> Tintemann,<sup>7</sup> O. és R. Adler<sup>8</sup> és Janeway<sup>9</sup> esetei, úgy, hogy a mennyire a hozzáférhető irodalomban megállapítható, az összes ismertett esetek száma alig éri el a huszat.

A valódi pentosuriától külön választandók azon esetek, melyek bőséges pentosét tartalmazó gyümölcs (cseresznye, szilva) élvezete után állnak elő, a mit először Blumenthal<sup>10</sup> észlelt és a mely körülményre később Jaksch,<sup>11</sup> legutóbb Johnstone<sup>12</sup> figyelmeztetett. Ezek az alimentáris pentosuria csoportjába tartoznak, de az alimentáris glycosuriával analog folyamatot nem képeznek, úgy hogy Bergell<sup>13</sup> szerint helyesebb volna ezen esetekre az *arte-ficiális pentosuria* elnevezés.

Hasonlóképp külön csoportba tartoznak a Külz és Vogel<sup>14</sup> által súlyos diabetes mellett észlelt pentosekiválasztások, melyek azonban még vegyileg sincsenek kellőleg felderítve, úgy hogy Neuberg<sup>15</sup> szerint jelentőségük eddigelé meg nem állapítható.

Lehet különben, hogy az igazi pentosuria is gyakrabban fordul elő a valóságban, tekintve, hogy az összes közölt esetek mindenféle jellegzetes, vagy a szervezet épségét veszélyeztető tünet nélkül folytak le, és felfedezésük majdnem kivétel nélkül véletlenül történt. Így egy részük életbiztosítás miatt eszközölt vizeletvizsgálat alkalmával derült ki, más részükben pedig kezdetben diabetesrel történt összetévesztés és csak az eset sajátos lefolyása miatt eszközölt pontosabb vizsgálatok állapították meg a valót.

Ezen utóbbi körülmény teszi különösen kíváncsiá, hogy a pentose biztos kimutatásának módszerei a praktikus orvosok előtt is jobban ismertté váljanak, nehogy a pentosuriások ok nélkül szigorú, a szervezetet esetleg károsító antidiabetikus kúráknak legyenek alávetve.

Egy, a laboratoriumi gyakorlatomban az utolsó időben előfordult eset, melyben az összes kautelákkal végzett vizsgálatok alapján pentosuriát lehetett megállapítani, alkalmul szolgált külön bűző, a pentosuria diagnostikája körébe tartozó vizsgálatokra, melyekről az eset ismertetése kapcsán kívánok röviden beszámolni.

Az eset, a melynek adatait Sch. kollega szívességének köszönöm, N. I. 60 éves férfira vonatkozik, ki alacsonyabb termetű, mérsékeltén táplált egyén, s a kinek mellkasi szervei felett sem kopogtatási, sem hallgatózási eltérések nincsenek. Évek óta obstipatióban szenved, néha keresztjáji fájdalmakról panaszkodik. Ez utóbbi körülmény, valamint gyakran jelentkező fejfájása indította kezelő orvosát vizeletének megvizsgálására, mely alkalommal 0.5% cukor találtatott. Más diabetesre utaló jelenség a betegnél nem volt, sem fokozott étvágy, sem szomjúság, sem pedig lesóványodás.

Az elrendelt antidiabetikus kezelés közben a vezetésem alatt álló laboratoriumba küldött vizelet a következőket mutatja: A vizelet borsárga, kissé homályos, savi kémhatású, fajsúlya 1022, fehérjét nyomokban tartalmaz; feltűnő a Trommer-féle cukorpróba, a mennyiben melegítéskor élénk sárgás színeződés mutatkozik, majd egy ideig tartó forralás után, majdnem az egész folyadékoszlop hirtelen változik át vörössárga rézoxydulból álló csapadékká, mely hozzávetőleg 1/20% cukornak felel meg. A Nylander-próbánál 1 percnyi főzés után kifejezett feketésbarna üledék képződik, mely felett a folyadék sötétbarna színű.

A Trommer-féle próba előbb jelzett sajátosság lefolyása felkeltette a gyanút, hogy pentose van jelen, és ezt további vizsgálataink igazolták.

Neuberg kiterjedt kutatásaiból tudjuk, hogy a pentosuriánál kiűritett cukor az optikailag inactív *arabinose* (csak Luzzato<sup>16</sup> említ egy esetet, melyben optikailag activ pentoset talált), a mely synthesis útján, valószínűleg a galactoséból jön létre a szervezetben, és az első ismert eset, melyben élő szervezet optikailag inactív cukrot termel. A vizeletben kiűritett ezen cukor, mint a legtöbb pentose, élesztővel nem erjeszthető. Ezen tulajdonságnak megfelelően esetemben is úgy találtam, hogy a vizelet a poláros síkot nem csavarja, valamint a kellő kautelákkal végzett erjesztési kísérletnél huszonnégy óra után sem mutatja az erjedés legcsekélyebb jelét.

Ezen karakteristikus viselkedésen kívül a pentose kimutatására szolgáló orcin-reactio is positiv. Ezen reactiót Bial<sup>17</sup> útmutatásai szerint akképen végeztem, hogy a Bial-féle reagensből

(0.5 gm. orcin, 500 cm<sup>3</sup> 30%-os sósav, 20 csepp vaschlöröldat) 4 cm<sup>3</sup>-éhez felfőzés után néhány csepp vizeletet adtam, mire a pentosera jellegzetes smaragd zöld szín igen gyorsan állott elő; az amyalkoholos kivonatban C és D között a piros színben volt látható a jellegzetes elnyelési csík. Ezen, a mint a továbbiakban látni fogjuk, csak tájékoztató próbán kívül, mint a pentose jelenlétét legbiztosabban igazoló eljárást a phenylhydrazinpróbát és a keletkezett osazon oladási pontjának meghatározását is végeztem. E végből 50 gm. vizeletet 2 gm. phenylhydrazinnal és 4 gm. ecetsavas natriummal vízfürdőn két órán át melegítve, majd gyakran változtatott vízzel lehűtve, a keletkezett tiszta sárga, a mikroszkop alatt tüllakú jegeceket mutató csapadékot forró vízből többszörösen átjégeztettem. A kristályos anyag oladási pontja 158 C° volt, mely érték a pentosuriás vizeletben eddig talált értékek határain belül mozog. A tiszta inactív pentose osazonjának oladási pontja ugyan magasabbnak találtatott (168 C°), azonban Neuberg szerint már igen csekély, analitikailag ki nem mutatható tisztátalanságok, a melynek különösen physiologiai folyadékokból előállított osazonoknál gyakran fordulnak elő, az oladási pontot erősen le tudják szállítani.

Mindezen vizsgálati eredmény alapján, különösen az osazon oladási pontját tekintve, a pentosuria felvétele esetünkben teljesen jogosult.

A kiűritett pentose quantitativ meghatározásánál a Tollens-Grand-féle<sup>18</sup> eljárástól, mely furfural-phloroglucid előállításán alapszik, el kellett állanom, mivel ezen meghatározásnál a párosult glycuronsavak zavarólag hatnak; de nem vehettem igénybe a megbízhatóbb Neuberg-Wohlgemuth-féle<sup>19</sup> eljárást sem, melynél az előállított diphenylhydrazonból történik az arabinose kiszámítása, minthogy ezen methodus 1%-nál kisebb pentosetartalom mellett nem ad pontos eredményeket, esetünkben pedig a végzett Fehling-féle titrálás alapján kevesebb cukorra lehetett következtetni. Ilyen körülmények között a Fehling-féle titrálási eljárás mellett maradtam annál is inkább, mert Weiser<sup>20</sup> vizsgálatai szerint az arabinose reductiós értéke közel áll a glycoséhez. Ezt az értéket különben Ost<sup>21</sup> megállapította és úgy találta, hogy 50 cm<sup>3</sup> Fehling-oldatot 0.109 gm. arabinose tud szinteleníteni. Ilyen correcturával végezve két alkalommal a Fehling-féle titrálást, a nyert értékek a következők voltak.

1907 június 7.-én 100 cm<sup>3</sup> vizeletben találtatott 0.151 gm. arabinose, a napi mennyiségben (1100 cm<sup>3</sup>) volt összesen 1.661 gramm arabinose.

1907 június 10.-én 100 cm<sup>3</sup> vizeletben találtatott 0.206 gm. arabinose, a napi mennyiségben (980 cm<sup>3</sup>) volt összesen 2.018 gm. arabinose, vagyis a kiválasztott pentose napi mennyisége 1.6 és 2.0 gm. között ingadozott.

Ezen értékek azonban Neuberg<sup>22</sup> vizsgálatai alapján még további correcturára szorúlnak. Kutatván ugyanis a pentosuriás vizeletek reductiojának sajátosságos lefolyását, mely az előbb említettem rézoxydul hirtelen kicsapódásában, az úgynevezett utoreductioban áll, Neuberg úgy találta, hogy a normális vizeletben oldott arabinose a reductio megszokott rendes képét mutatja, másrészt feltűnt, hogy a Tollens-féle destillációs eljárásnál a talált pentose értéke a Fehling-féle titrálásnál nyert értékénél nagyobb volt. Ez a körülmény annak a felvételére birta Neuberget, hogy a pentosuriás vizeletekben levő pentose egy része kötött állapotban van, és ezt a huyanyag és pentose vegyületében, a pentosureidben találta meg, mely csak kénsavval való főzés után szabadul fel, a midőn is a kimutatható pentose értéke néha 100%-kal is nagyobb a főzés nélkül nyert értéknél. Ezen felvétel helyességéről saját vizsgálataim alapján is meggyőződtem.

5%-os kénsavat tartalmazó pentosuriás vizelet főzése után az előbbi értékek a következőképen módosultak:

I. 100 cm<sup>3</sup>-ben találtatott 0.246 gm. arabinose (főzés előtt 0.151 gm.), napi mennyiségben (1100 cm<sup>3</sup>) 2.706 arabinose (főzés előtt 1.661 gm.).

II. 100 cm<sup>3</sup>-ben találtatott 0.306 gm. arabinose (főzés előtt 0.206 gm.), napi mennyiségben (980 cm<sup>3</sup>) 3.0056 arabinose (főzés előtt 2.0188 gm.).

A különbség tehát jelentékeny és a pentose quantitativ meghatározásánál okvetlen számba veendő.

A pentose kimutatására szolgáló színreactio (phloroglucin



és orcin) eredményei csak kellő óvatossággal értékesíthetők. Ezek tulajdonképpen nem is furfuroolreakciók, a mint azt régente hitték, hanem *Neuberg* szerint a reakciónál humusanyagok és phenolok szerepelnek.

A színreakciókat a pentosok és a glycuronsavak egyaránt adják, míg a párosult glycuronsavakkal csak egy ideig tartó főzés után állanak elő. Ezen körülmény vizeletvizsgálatoknál szem előtt tartandó.

A phloroglucin-sósavpróbat, melynél a keletkező cseresznyevörös színből következtettek pentose jelenlétére, már teljesen elhagyták, minthogy ilyen szín a párosult glycuronsavak jelenlétekor is gyorsan jelentkezik.

Megbízhatóbb az orcinsósavpróba, különösen a *Bial*-féle modificatióban, melynél a regenshez adott kevés vaschlöríd fokozza annak élességét. Ezen módosítás folytán azonban a reactio túlérzékenynyé válik, úgy hogy *Beer*<sup>23</sup> és *Neuberg* szerint tévedésre adhat okot. Saját vizsgálataim alapján azonban állíthatom, hogy ha *Bial* utasítása szerint csak a reagent főzzük és a lángtól eltérve, cseppentünk hozzá néhány csepp vizeletet — mely  $\frac{1}{2}$  cm<sup>3</sup>-nél több ne legyen —, az összetévesztés veszélye a minimumra csökken. Több száz — különböző, részben normális, részben kóros alkotórészeket, de nem pentoset tartalmazó — vizelettel ily módon végzett próba sohasem mutatkozott pozitívnek, míg a pentosuriás vizeletet cseppentve a felmelegített reagenshez, az már néhány másodperc után szép zöld színű folyadékká változott át, mely amylalkohollal intenzív smaragd-zöld kivonatot — a C és D között karakteristikus elnyelési csíkkal — adott. Ily kivétel mellett a *Bial*-féle reactio megbízhatóbb mint a közönséges orcinsósavpróba; különös előnye az, hogy egy pontosan elkészíthető és sötét üvegben hosszú ideig eltartható reagenssel bírunk, melylyel összehasonlító vizsgálatokat is végezhetünk.

*Jolles*<sup>24</sup> abból a körülményből, hogy mesterségesen készített, 0.3% pentosés vizelet a *Bial*-féle próbánál negatívnak bizonyul, az eljárás ki nem elégítő érzékenysége és csekély megbízhatóságára következtet és ezért a pentose kimutatására a vizeletnek a reagenssel való legalább egy perczig tartó felfőzését ajánlja.

Nem lehet ugyan tagadni, hogy mesterséges 0.3% pentoset tartalmazó vizelettel a *Bial* utasítása szerint végzett reactio kimaradhat, a mint arról magam is meggyőződtem, de ezzel szemben utalhatok pentosuriás esetünkre, melyben a vizelet, noha 0.3%-nál kevesebb pentoset tartalmazott, hidegen adva a reagenshez, mégis majdnem pillanatszerűleg mutatta a jellegzetes zöld színt, úgy hogy ez a feltűnő jelenség arra enged következtetni, hogy a szervezeti pentose könnyebben bontható szét a sósav által, mint a mesterséges.

Lehetséges, hogy a főzés által érzékenyebbé válik az orcin-reactio, de viszont biztossággal állítható, hogy ezzel a más anyagokkal, különösen a párosult glycuronsavakkal való összetévesztés veszélye is növekedik. Ily vegyületeket tartalmazó vizelet az orcinreagenssel felfőzve gyakran zöld színt vesz fel, melynek ugyan kissé sárgás vagy barnás árnyalatú szokott lenni, de az amylalkoholos kivonat zöld színe, különösen bizonyos hígítási fok mellett, alig különböztethető meg a pentose által feltételezett zöld színtől. Még az elnyelési csík is, mely a párosult glycuronsavaknál is a spectrum vörös részében található, alig különbözik a pentosés elnyelési csíktól, legfeljebb néha inkább kissé jobbra van eltolva, vagy valamivel élesebb, mint a pentosés csík. Máskor a zöldben is keletkezhetik egy második elnyelési csík, de ez, mint *Rosin* és *Laband*<sup>25</sup> kimutatta, a pentose, a sósav és az orcin relatív mennyiségétől függ és physiologiai eredetű folyadékoknál idegen anyagok hozzákeveredésétől származik.

A *Bial*-féle eljárásnak *Jolles*<sup>26</sup> által ajánlott módosítására, úgyisint az *O.* és *R. Adler*-től<sup>27</sup> származó újabb pentosereactiókra, valamint a pentosuria diagnostikájának egyéb körülményeire nem kívánok kiterjeszkedni, mivel erről más helyen bővebben lesz alkalmam referálni, de vizsgálataim alapján már most is állíthatom, hogy mikép azt *Neuberg* találta, a színreakciók csak tájékoztató értékkel bírnak és csak a vizelet egyéb jellegzetes tulajdonságai mellett (sajátos lefolyású reductio, optikai inaktivitás, negatív elerjesztési próba, meghatározott olvadási ponttal bíró osazon) szolgálhatnak adott esetben a pentosuria biztos felismerésére.

A pentosuria a szerzők egyező véleménye szerint egy a diabetestől lényegében teljesen eltérő folyamat, melynél csak a cukor hosszú ideig tartó kiválasztása, valamint azon körülmény, hogy a folyamat örökölhető és egy család több tagjánál is előfordulhat — a mint erre *Brat*<sup>28</sup>, *Bial* és legújabbán *Janevay* figyelmeztetett —, képez közös tünetet. Esetünkben is hosszú időn keresztül lehetett a pentose változatlan, csak csekély ingadozásokat mutató kiválasztását észlelni, a nélkül, hogy a klinikai tünetek a gyakran jelentkező fejfájáson kívül valami jellegzeteset mutattak volna.

Családi terheltséget megállapítani nem lehetett.

A körtünetek teljes hiánya különben majdnem valamennyi esetben szerepel és *Bial*, kinek sok tapasztalata van ezen a téren, egy esetében még 8 évi fennállás után sem észlelt semmi feltűnő jelenséget.

Az a körülmény, hogy egy ideig folytatott szigorú szénhydratmentes étrend ellenére a pentosekiválasztás esetünkben változatlanul fennállott, már eléggé mutatja a folyamat teljes függetlenségét az elfogyasztott tápláléktól, a mely körülményre különben a legtöbb szerző — legelőször *Bial* és *Blumenthal*, újabban *Blum* és *Tintemann* — utalt. De a pentosuriás a szénhydratokkal szemben is teljesen úgy viselkedik, mint a normális szervezet és ennek megfelelően, a mint azt esetemben is észleltem, a szénhydratok assimilatioja teljesen változatlan volt és az oxydatiós határ akkor sem mutatott csökkenést, a midőn — mint az egy kísérletünkben történt — a pentosuriás egyén koczkaezukrot, tejet, burgonyát és nagyobb mennyiségű czukrozott gyümölcskompotot fogyasztott; szőlőcukrot a vizeletben ezen diéta mellett sem lehetett sem polarimeterrel, sem erjesztéssel kimutatni.

Az előadottak alapján esetünk az essentialis vagy chronikus pentosuria név alatt ismertetett esetekhez tartozik. Ezen állapotnak helyes felismerése semmikép sem kiesinyelhető praktikus értékkel bír már csak azért is, hogy adott esetben diabetes-sel ne történhessék összetévesztés, a mi a betegre kellemetlen, esetleg káros következményekkel járhat. Nem kevésbé fontos a pentosuriás esetek felismerése a tudományos kutatás szempontjából, mert alkalmat nyújt arra, hogy ezen ritka anyagcsereanómia lényege, eddig még mindig homályos keletkezés módja, különösen pedig az öt vegyértékű cukor anyagcsereje pontosabban megállapíttassék.

Ilyen irányban vizsgálatokra esetünket — sajnos — külső körülmények miatt egyelőre nem lehetett értékesíteni.

**Irodalom.** 1. Cb. f. d. mediz. Wissenschaften, 1892. 19. sz. — 2. Die Pentosurie. 1903. Stuttgart, Verlag von F. Enke. — 3. Ergebnisse der Physiologie (Asher-Spiro) 1904. I. k. — 4. Berl. klin. Woch., 1904. 21. szám. — 5. Prager med. Woch., 1906. — 6. Zeitschr. f. klin. Medizin, 1906. 59. k. — Zeitschr. f. klin. Medizin, 1906. 58. k. — 8. Pflüger's Arch. 110. k. — 9. Virchow-Hirsch: Jahresberichte, 1906. — 10. Pathologie des Harns, 1903. — 11. Arch. f. klin. Med., 63. k. — 12. Virchow-Hirsch: Jahresberichte, 1906. — 13. cit. Neuberg: Physiologie der Pentosen. Ergebn. der Physiol., 1904. I. k. — 14. Zeitschr. f. Biologie, 1895. 32. k. — 15. l. c. — 16. cit. Neuberg: Physiol. der Pentosen etc. — 17. Deutsche med. Woch., 1903. 27. sz. — 18. és 19. Zeitschr. f. physiol. Chemie, 35. — 20. Pflüger's Archiv, 93. — 21. cit. Fränkel „Descriptive Biochemie“. Wiesbaden, 1907. — 22. l. c. — 23. Deutsche med. Wochenschrift, 1904. — 24. Centralbl. f. inn. Med., 1905. — 25. cit. Neuberg: Physiologie der Pentosen etc. — 26. Centralbl. f. inn. Med., 1906. — 27. Pflüger's Archiv, 1905. 105. k. — 28. Zeitschr. f. klin. Med. 1902. 47. k.

Közlés az I. számú belorvostani klinikáról. Igazgató  
Korányi Frigyes dr., ny. r. egyetemi tanár.

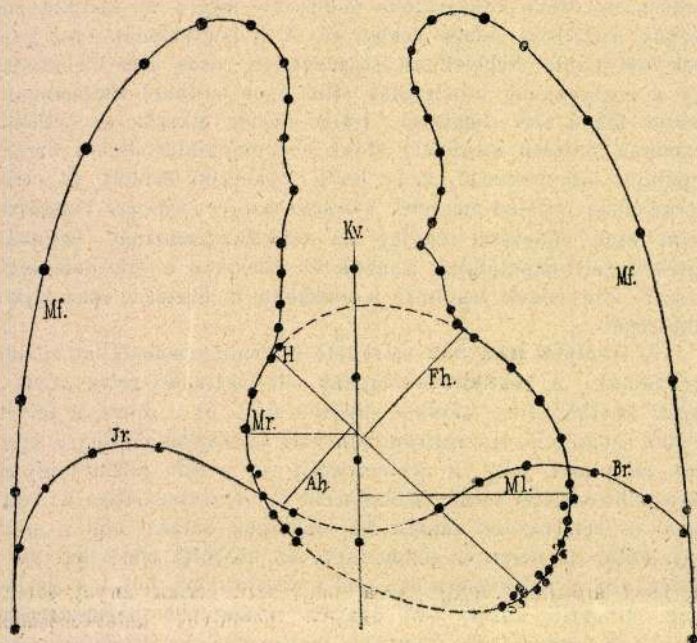
### Az orthodiagraphiáról.<sup>1</sup>

Irta: *Elischer Gyula* dr. tanársegéd és *Engel Károly* dr. gyakornok.  
(Vége.)

Részletesen áttekintve az orthodiagramm felvételi módját, lássuk már most, mit sikerült ezideig ezen új vizsgálómódszer segélyével megállapítani. Minthogy az orthodiagramm a szív igazi helyzetét a mellkasban, valamint igazi nagyságát adja meg, természetesen, hogy az orthodiagraphiát felhasználták a normális szív helyzetének valamint nagyságának, azaz a szív abszolút nagyságának meghatározására. Az orthodiagramm egyes részeinek a vonatkoztatása történhetik a test középvonalához, valamint egyéb



kirajzolt vonalakhoz. A középvonaltól a szívcsúsig húzott merőleges Moritz nomenclaturájában a *Medianabstand links*, a jobb határ legnagyobb domborulatáig húzott merőleges a *Medianabstand rechts*. Moritz szerint a szívcsústól a jobb legerősebb domborulathoz illetve a legtávolabbi helyhez húzott vonal adja a legfontosabb átmérőt, a szív hossz tengelyét, mely azonban nem felel meg egy anatómiai egységnek, a mennyiben a bal kamarán kívül a jobb kamara és a jobb pitvar is részt vesz a képzésében. A szív ferde állása jelentékeny megrövidülést a hosszátmérőnek nem vonja maga után az anatómiaival szemben, a mennyiben a correctura legfeljebb 1—2 millimetert tenne ki. A jobb pitvar áthajlási helyétől a hossz tengelyre merőlegesen húzott vonal adja a jobb szív vastagságát. Ha az alsó határt a görbület mentén tovább kirajzoljuk, megkapjuk a jobb kamarának megfelelő görbületet és ha a felső íveket is megrajzoljuk, megkapjuk az egész szívfelületet.



Mr = Medianabstand rechts, az orthodiagramm legtávolabbi jobb pontjának távolsága a középvonaltól; Ml = Medianabstand links (balfele); H = Hosszátmérő; Fh = Felső harántátmérő; Ah = Alsó harántátmérő; Kv = Középvonal; Jr = Jobb rekeszdomborulat; Br = Bal rekeszdomborulat; Mf = Mellkasfal.

A szív abszolút nagyságát ezen átmérők, valamint a felület méreteinek felvétele által meghatározhatjuk. Hogy adott esetben ezen értékeket a normális szív méreteivel összehasonlíthassuk, ezért tartották már régebben egyes szerzők (Moritz, Franke stb.) szükségesnek ezen értékeknek különböző korú és magasságú egészséges emberek szívorthodiagrammjának felvétele útján való gyűjtését annál is inkább, mivel teljesen egészséges egyének szíve is igen jelentékeny individuális különbségeket tüntet fel, hiszen már Hyrtl állapította meg anatómiai vizsgálata alapján, hogy a szív azon szerv, mely nagysága és súlya tekintetében a legnagyobb ingadozásokat mutatja.

Megkezdette ezeket már Moritz maga, nagyobb számban és egyszersmind több értékre kiterjedően végezte Franke 100 egyénen és Dietlen 261 egyénen.

Ezen vizsgálatok egészben véve megerősítették Moritz régebben talált adatait, melyeket a következő táblázatban foglal össze.

	A szív legtávolabbi jobb pontjának a középvonaltól való távolsága cm.	A szív legtávolabbi bal pontjának a középvonaltól való távolsága cm.	Hossz- átmérő cm.	Haránt- átmérő cm.	Shív- felület cm <sup>2</sup>
153—157 cm. magasság mellett	4.4	7.9	13	10.2	98
161—169 cm. magasság mellett	4.4	8.3	13.4	10.5	102
171—178 cm. magasság mellett	4.6	8.8	14	10.3	100

Látjuk tehát, hogy a szív átmérőjének valamint felületének nagysága változik az illető egyén testhossza szerint, hosszabb embernek nagyobb szíve van, mint alacsonyabbaknak. Még sokkal fontosabb tényező a szív nagyságára vonatkozólag a testsúly, a mennyiben Dietlen vizsgálatai kimutatják azt, hogy a szív nagyságát első sorban a testsúly határozza meg, sokkal inkább mint a testmagasság (megfelel ez Müller anatómiai vizsgálatainak is, a ki a testsúly és a szív súlya közti direct összefüggést szintén kimutathatta). Ez az oka annak is, hogy két egyenlő magas egyén között a serdületlennek kisebb szíve van, mint a felnőttnek és részben annak is, hogy a nők szíve kisebb mint a férfiaké, bár megjegyzendő, hogy a nők szíve absolute is kisebb mint a férfiaké, azaz bizonyos magasságú és súlyú nőnek szíve kisebb mint hasonló magasságú és súlyú férfié. Az aggkorban a szív méretei úgy a testsúlyhoz, mint a test magasságához képest nagyobbodni szoktak.

A mi a szív helyzetét illeti, erre nézve a vizsgálatok a következőket mutatták ki. Nyugodt légvételnél a szívcsúcs az 5. bordaközben van, a szív áthajlása a nagyerekhez jobboldalt közel van a sternumhoz a 3. borda magasságában, baloldalt kissé magasabban. A diaphragma állása a jobb szívcsúszén átlag az 5. bordaközben van, baloldalt kissé mélyebben, a különbség azonban Rieder számítása szerint 1 cm.nél nem nagyobb. A szív helyzete első sorban a diaphragma állásától függ, általában véve mondhatjuk, hogy a jobb kamara határa (az orthodiagramm alsó vonala) körülbelül oly gyakran van a processus xiphoideus felett mint alatt.

Ilyen módon állapítottuk meg egyes esetekben azt, hogy csúcssturuban szenvedő fiatal leányoknál a szív méretei feltűnő kiesinyek (pl. a szívfelület).

Igen érdekesek Dietlen azon vizsgálatai, melyek kimutatták azt, hogy a szívcsúcselhelye nem felel meg az orthodiagramm bal legkülső, legalsóbb részének, hanem az esetek egy részében azon belül van. Ennek oka egyrészt kétségtelenül az, hogy a szívcsúcselhelye a szív systoleje által van feltételezve, az orthodiagramm pedig diastoles határt jelez. Magyarazata Dietlen szerint azonban az is, hogy már rendes körülmények között is a diastolés szívcsúcs képzésében a jobb kamara is részt vesz, pedig ezen részlet lejjebb van mint, a szívcsúcselhelyét adó bal kamara csúcsa.

Jelentősegteljesek Dietlen azon vizsgálatai is, melyek kimutatták, hogy a bimbó távolsága a középvonaltól igen különböző, egyének szerint változó. Előfordulhat, hogy ezen távolság csekély volta mellett a szívcsúcs a bimbóvonalba esik, az orthodiagramm méretei pedig egész bizonyossággal kimutatják azt, hogy normális nagyságú szívvel van dolgunk.

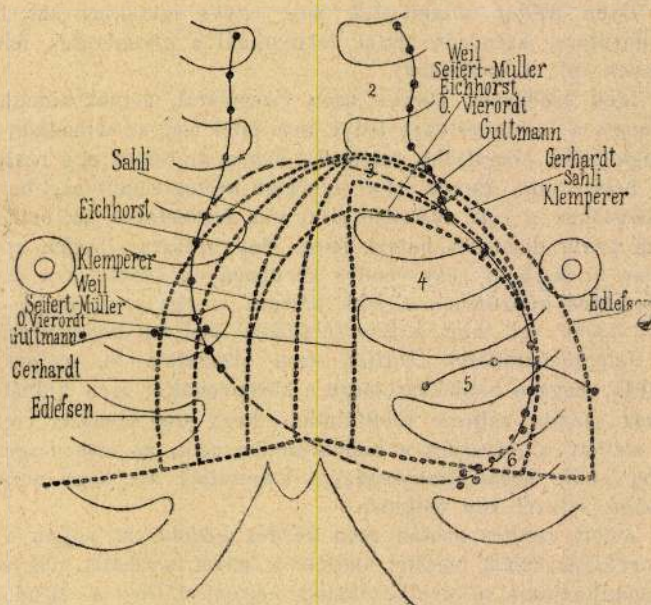
Adott esetben azután azon kérdés megoldását, vajjon a felvett orthodiagramm méretei alapján a szívet normális nagyságúnak mondhatjuk-e, a következőképen képzelni el Dietlen. Mindenekelőtt megnézzük, hogy a szív méretei megfelelnek-e a táblázatban jelenlévő ugyanazon magasságú egyének méreteinek. Ha ettől különböznek, tekintetbe vesszük a testsúlyt, valamint az illető egyén korát, esetleg egyéb szempontokat is, pl. mellkasméreteket, a mennyiben széles mellkasnak nagyobb méretek felelnek meg, mint keskenyebbnek. Ezeknek az adatoknak tekintetbe vételével megmondhatjuk, hogy vajjon a szív méretei a normális egyéneknél előforduló ingadozásokon belül vannak-e, vagy pedig a pathologikusok közé tartoznak-e.

Megállapíthatjuk tehát, hogy normális vagy kórosan megnagyobbodott szívvel van-e dolgunk. Hogy hypertrophia vagy dilatatio van-e jelen, az persze nem dönthető el. A szív legszélsőbb pontjainak a középvonaltól való távolsága alapján ceteris paribus megmondhatjuk, hogy a jobb- vagy balszív van-e megnagyobbodva, de ugyancsak ezekből megállapítható a szív jobbra vagy balra való eltolásának a kérdése is. Megállapítható természetesen a szívnek a mellürben más irányban való (fel- és lefelé) eltolódása is.

A szív abszolút nagyságának, valamint helyzetének megállapítása mellett rendkívül nagy jelentőségű, egy és ugyanazon egyénnél a szív nagyságbeli változásainak a klinikai észlelés folyamán való követése, a mi orthodiagraphice a legkifogástalanabb módon történhetik. Így követhető a szív dilatatiojának visszafejlődése a compensatio előrehaladásával vagy fordítva. Az



erre vonatkozó tudományos vizsgálatoknál a jövőben kétségtelenül mindig az orthodiagraphiát fogja illetni a döntő szó a gyógyszerhatás, szénsavas, villamos fürdők, gymnastika befolyásának tanulmányozásánál. Hogy azonban a gyakorlatban is mily jelentőségű e kérdés, azt talán felesleges részletebben fejtegetni. Az orthodiagraphia révén lehető volt az erős munka által feltételezett acut szívtágulás kérdésének a tisztázása oly eredménnyel, hogy bármily erős testmunkát is végzett legyen valaki, rövid idő alatt acut, passiv tágulása a szívnek létre nem jött. Épen így sikerült megállapítani azt is, hogy tachycardia paroxysmalisnál acut szívtágulás nem jö létre. Az orthodiagraphia segítségével a szívnek a légzéstől, valamint a testhelyzettől függő jelentékeny nagyság- és alakbeli változását sikerült kimutatni. Moritz szerint fennálló helyzetben a szív mélyebben fekszik, a mellett azonban egész határozottan kisebb is lesz, mint fekvő helyzetben. Mély belégzés hasonló hatással van a szív nagyságára, épen ezért nem szabad, mint már említettük, felvételnél mély légvételt vettetni. Nem tartozik ugyan tulajdonképeni tárgyunkhoz, hogy részletesen tárgyaljuk, mennyiben befolyásolta az orthodiagraphia a szívnek kopogtatás útján való vizsgálatát, az orthodiagraphia jelentőségének és eredményeinek méltatásánál azonban szó nélkül e kérdést még sem hagyhatjuk. A milyen nagy a megegyezés a különböző szerzők között az abszolút szívtompulat nagyságának és határainak felvételében, épen olyan eltérő a vélemény a relatív szívtompulatot illetően. Részletes kifejtés helyett szabadjon itt a Moritz által megalkotott ábrát bemutatnunk.



És ha keressük ennek okát, akkor azt kétségtelenül abban találjuk meg, hogy nem rendelkezünk oly vizsgálati eljárással, melylyel az egyéni felfogásnak oly tág határt engedő relatív szívtompulat kikopogtatásánál eredményeinket ellenőrizhettük volna. Sectiókra e tekintetben természetesen nem támaszkodhatunk, annál kevésbé, mert a hullában talált szívnagyság nem is felel meg teljesen az élő egyén szívének. Ezen ellenőrzést lehetővé teszi az orthodiagraphia, lehetővé teszi úgyis minden esetben physikai correctséggel és pedig az inkább tág határt engedő hallási érzék helyett a látási érzék igénybevételével. Az orthodiagraphia lehetővé teszi, hogy minden esetben a mellkasra kirajzolt kopogtatás eredményei mellé kirajzolhassuk a szív igazi határait, hogy megállapíthassuk a hibákat és hogy megtanuljunk ezeket elhárítani. Az orthodiagraphia kimutatta, hogy kopogtatással a szív nagyságát igen jelentékeny pontossággal meg lehet határozni, a mi egymagában is igen nagy jelentőségű dolog, de kimutatta azt is, hogy e tekintetben igen jelentékeny hibák is történnek. Lehetővé tette az orthodiagraphia bizonyos kopogtatási eljárások kifejlődését, melyekkel a szív igazi, az orthodiagrammnak megfelelő nagyságát sikerül kimutatni.

Ilyen eljárások 1. az Ebstein-féle palpatorius kopogtatás, még sokkal inkább azonban a Moritz-féle kopogtatás és Goldscheider legújabb eljárása, az úgynevezett Schwellenwertpercussion.

Moritz kopogtatási eljárása egészben a következő: A jobb szívhatárt jobbról balfelé haladva határozzuk meg ujjon való ujjkopogtatással; a kopogtatáskor a kopogtató ujj a kopogtatott ujjon kissé ott tartatik. A legesekelebb tompulatot már a jobb szívhatárnak kell vennünk. Ha a különbség nem volna kifejezett, mély belégzés után erőltetett kilégzést végeztetünk, hogy a tüdőszéleket visszahúzódnak birjuk. Baloldalt szintén kívülről befelé haladunk, nem kopogtatunk erősen, nehogy a mellkas oldalfaláról is tompulatot nyerjünk. Bal szívhatárnak csak a kifejezett tompulat helyét vesszük. Ilyen módon meg lehet határozni a nagyerek területét is. Ilyen módon  $\frac{1}{2}$  cm.-nyi különbségtől eltekintve helyesen sikerül a jobb szívhatár megállapítása 86%, a balé 70%-ban mindkettő ugyanazon egyénnél 50%-ban, mindkét oldalt hibás a meghatározás 12%-ban.

A Goldscheider-féle kopogtatás vagy orthopercussio lényege a következő. Az orthopercussionál csak a centrális Röntgen-sugár haladása irányában kopogtatunk mindenütt, még a bal szél kikopogtatásánál a mellkas oldalsó részén is. A kopogtatásnak igen gyengének kell lennie (Schwellenwertpercussion), azaz arra törekszünk, hogy a leggyengébb kopogtatás által épen hallható tüdőhangot a mögötte fekvő szív tompítsa. Ilyen módon sikerül az orthodiagrammnak teljesen megfelelő alakú szívtompulatot illetve nagyértompulatot kikopogtatni, mely kellő gyakorlat mellett az orthodiagrammnak teljesen megfelel. Curschmann és Schlayer vizsgálatai szerint ezen eljárással tényleg az orthodiagrammnak leginkább megfelelő szívtompulatokat kapunk és Romberg a szív betegségeiről szóló könyvének legutolsó kiadásában is elismeri ezen eljárás jelentőségét.

A frontális irányban felvehető orthodiagrammokkal röviden végezhetünk. A sokkalta vastagabb átvilágítandó réteg miatt az árnyék kevésbé éles, kevésbé differenciált és e miatt a felvétel kevésbé értékes is. Harántirányban való átvilágításnál úgy a szegycsont és a szív, mint a gerincoszlop és a szív között egy-egy világosabb területet látni. (Holzknecht nomenclaturájában a retrosternal és retrocardial ráma). Az előbbinek határai elül a szegycsont, hátul az aorta és pulmonalis, az utóbbié elül a bal pitvar (esetleg alul a bal kamara is), alul a diaphragma, hátul a gerincoszlop. E kettő között levő árnyék legnagyobb harántátmérője adja a szív vastagságát. Nagyobb fontosságra az ezirányban való felvétel azonban épen megbízhatlansága miatt nem tett szert annak ellenére, hogy, mint láttuk, ezen eljárással a szív vastagságára vonatkozólag nyernénk felvilágosítást.

A szív orthodiagraphiáján kívül a mellkasban még több szerv vizsgálata bir fontossággal. Így az aneurysma aortae és a mediastinális tumor nagyságának megállapítására, ezek növekedésének vagy kisebbedésének megítélésére magunknak is volt alkalmunk ezen eljárást felhasználni. Bizonyos körülmények között jelentőseggel bírhat a diaphragma állásának valamint kitérésének orthodiagraphikus felvétele, mint pl. a Williamson-féle tünet értékesítésénél tüdőtuberculosisban. A tüdőgóc megbetegedéseinél az orthodiagraphia a pontos localisatio lehetősége miatt nagy jelentőségű, pl. abscessus, gangraena pulmonisnál. Természetes, hogy exsudatum pleuriticumnál, még inkább pedig sero- illetve pyopneumothoraxnál az orthodiagraphikus felvétel a folyadék felszínének az ellenőrzését lehetővé teszi. Sőt, mint láttuk, a tüdő kiterjedését is felvehetjük, valamint a tüdőcsúcsoknak alakját is (keskenyebb vagy vastagabb-e).

Az újabb időben a gyomor vizsgálatánál is nagy fontosságra tett szert az orthodiagraphia, a mennyiben a bismuth vétele után való gyomorátvilágításoknak mindig orthodiagraphice kell történniük.

Csak néhány szóval akarunk megemlékezni az Immelmann által leírt szívorthographiáról. A rajzoló lap helyébe az orthodiagraphon erősítő ernyővel ellátott érzékeny lemezt tesszük, a lámpa elé igen szűk diaphragmát helyezünk és most a fluoreskáló ernyő ellenőrzése mellett a szívet körüljárjuk a függőleges Röntgen-sugárral. Az ily módon nyert szívárnyék nagysága teljesen megfelel az orthodiagramm nagyságának. Immelmann szerint előnye volna a plasticitás és áttekinthetőség. Az eljárás komplikáltabb, mint az egyszerű orthodiagraphia, physikailag nem is oly exact, úgy hogy nagyobb elterjedésre szert tenni nem tudott.

Az eljárás ismertetése és méltatása után az irodalmi adatok



valamint saját vizsgálataink és tapasztalataink nyomán oda konkludálhatunk, hogy az orthodiagraphia egy kétségtelenül exact és megbízható módszer a szív nagyságának megállapítására, de egyéb szervek vizsgálatára is. A gyakorlati életben, vagyis a mindennapi használatra azonban körülményessége folytán nem alkalmas és nincs is hivatva e téren a percussiót kizárni, a mely kellő gyakorlat után, mint rajzaink mutatják, megtanulható annyira, hogy az orthodiagrammot igen megközelíti.

Az orthodiagraphia a tudományos kutatás és ellenőrzés módszere és mint ilyen mindenesetre megállja helyét; az eljárás fiatalosága ellenére már most is oly eredményeket köszönhetünk neki, melyek eddigi vizsgálati módszereinkkel elérhetők nem voltak és melyek remélhetőleg az eljárás általánossabbá és ismertebbé válásával mind dúsabbak lesznek.

## IRODALOM-SZEMLE.

### Könyvismertetés.

W. Zweig: Die Therapie der Magen- und Darmkrankheiten. Berlin u. Wien, Urban u. Schwarzenberg. Ára 10 márka.

A gyakorlóorvos érdekeit szolgálni kívánó, mintegy 400 lapra terjedő munka több jó tulajdonsággal rendelkezik. Ilyen első sorban az, hogy a gyomor és a bél betegségeinek gyógyítását együttesen tárgyalja, a mi a közeli vonatkozások miatt nemcsak célszerű, de szükséges is. További előnye, hogy nagyon részletes, de nem abban az értelemben, hogy az irdalomban található minden adatot felsorol, hanem abban, hogy a véleménye szerint hasznos eljárásokat nagyon részletesen írja le. Végül nagy előnye, hogy a gyomor és bél betegségeiben ma már oly előkelő szerepet vivő sebészeti beavatkozásoknak is tág teret enged; természetesen nem a végzésüknek módját írja le, hanem gondosan körvonalazza javalataikat és feltünteti az általuk elérhető eredményeket, különös tekintettel a tartósságukra. Határozottan jó a könyv felosztása is. Az általános rész első fejezete az emésztés physiologiájának mai állásával ismerteti meg az olvasót; azután külön fejezetekben szól a gyomor- és bélbajok általános diätetikájáról, physikai gyógyításmódjairól és gyógyszeres kezeléséről és végül külön fejezetet szentel a végbélen át táplálásnak. Kár, hogy az emésztés általános kórtanáról szóló fejezet is nem iktatott a szerző könyvébe. A második rész sorjában ismerteti a gyomor- és bélbajok gyógyítását; de csak a gyakorlatilag fontosabb betegségekre terjeszkedik ki; a csak ritkaságszámba menő betegségeket (a gyomor és bél syphilise, a gyomor gümőkórja, a bélsarkoma stb.) mellőzi.

Mindent egybevetve, a gyakorlat embereinek mindenesetre jó szolgálatokat tehet ez a kifejezett gyakorlati érzékkel megírt s ismereteinknek mai állását híven visszatükröztető könyv.

Új könyvek: Th. Escherich: Arbeiten aus der k. k. Universitäts-kinderklinik in Wien. Zweite Folge. Karger, Berlin. — Bruck: Die Krankheiten der Nase und Mundhöhle, sowie des Rachens und des Kehlkopfes. Berlin und Wien, Urban und Schwarzenberg. 14-60 k. — Ribbert: Beitrag zur Entstehung der Geschwülste. Die Entstehung des Karzinoms. Bonn, Cohen. 4-80 m. — Uffenorde: Die Erkrankungen des Siebbeins. Jena, G. Fischer. 10 m. — Sylvius: De Phthisi. Übersetzung von Seiffert. Berlin, J. Springer. 3 m. — Kisch: Das Geschlechtsleben des Weibes. 2. Auflage. Berlin und Wien, Urban und Schwarzenberg. 21-60 k. — Israel: Klinische Beobachtungen über das Symptom der Hypertension. Leipzig, Breitkopf und Härtel. 1-50 m. — Ebner: Pankreatitis und Cholelithiasis. Leipzig, Breitkopf und Härtel. 1-50 m. — Bosse: Die Lumbalanaesthesie. Berlin und Wien, Urban und Schwarzenberg. 2-40 k. — Marcuse: Luft- und Sonnenbäder. Stuttgart, F. Enke. 3 m. — Petermann und Gocht: Amputationen und Exartikulationen. Künstliche Glieder. Stuttgart, F. Enke. 22 m. — Czermak: Die augenärztlichen Operationen. 2. Auflage. Herausgegeben von A. Elschner. Berlin und Wien, Urban und Schwarzenberg. I. Band 1. Hälfte. 12 k. — Kaufmann: Handbuch der Unfallmedizin. 3. Auflage. I. Hälfte. Stuttgart, F. Enke. 14 m. — Tellesnitsky: Die Entstehung der Chromosomen. Wien, Urban und Schwarzenberg. 3 k. — Fournier: Die Syphilis der ehrbaren Frauen. Wien, F. Deuticke. 0-80 k. — Meyer und Rieder: Atlas der klinischen Mikroskopie des Blutes. 2. Auflage. Leipzig, F. C. W. Vogel. — Réthi: Die laryngealen Erscheinungen bei multipler Sklerose des Gehirns und Rückenmarks. Wien, J. Sfar. 5-70 k. — Corning: Lehrbuch der topographischen Anatomie. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 16 m. — Mamlock: Friedrich des Grossen Korrespondenz mit Aerzten. Stuttgart, F. Enke. 6 m. — Sternberg: Kochkunst und ärztliche Kunst. Stuttgart, F. Enke. 6 m.

## Lapszemle.

### Belorvostan.

A typhus serumtherapiájáról tartott Leyden tanár klinikai előadást július hó 23-án. Ismeretes, hogy a typhus serumtherapiája eddig nem sok reménnyel kecsegtetett, a mennyiben kiderült, hogy a typhusbacillusokkal immunizált állatok vérsavója erős bakteriumölő illetve bakteriumoldó hatású, ez azonban még káros is, a mennyiben a typhus-bacillus úgynevezett endotoxinos bakterium lévén, vagyis olyan, a melyből a méreg csak a bacillus elpusztulása után válik szabaddá: az említett serum használatakor a typhus-bacillusok gyorsan elpusztulván, hirtelen nagy mennyiségű endotoxin válik szabaddá és ez végzetesen megkárosíthatja a szervezetet. Újabban tehát abban az irányban dolgoznak, hogy a typhus toxinja ellen ható serumot állítsanak elő. Leyden tanár klinikáján Meyer és Bergell elő is állított ilyen serumot, a melylyel huzamosabb állatkísérletek után most kezdenek embereken kísérletezni. Előadásával kapcsolatosan Leyden tanár be is mutatott hallgatóinak egy ilyen serummal kezelt középsúlyos esetet, a melyben a betegség 9. napján befecskendezett 15 cm<sup>3</sup> serumra a hőmérsék 39-7<sup>o</sup>-ról 38-4<sup>o</sup>-ra esett, majd némi emelkedés után 37-2<sup>o</sup> ra. Harmadnap a hőmérsék ismét a régi magasságára emelkedett és csak a rá következő napon megismételt befecskendezésre (20 cm<sup>3</sup>) szállott le végképen; egyidejűleg a diazoreactio is megszűnt, a vizeletből a fehérje eltűnt, a székürülések száma naponként 7-ről 1-re esett. Érdekes, hogy a befecskendezés után a fehérvérsejtek száma megszorodik, a mi jól egyezik az állatkísérletek eredményével, a melyekben ki volt mutatható, hogy a serum befecskendezése után a fehérvérsejtek magukba veszik és tönkreteszik a typhus-bacillusokat (phagocytosis). Két másik súlyos esetben is használta Leyden a serumot, azzal az eredménnyel, hogy az egyik a betegségnek 17. és a serumkezelésnek 5., a másik pedig a betegségnek 19. és a serumkezelésnek 9. napján vált láztalanná; a fehérvérsejteknek lassú, de tartós megszorodása ezekben az esetekben is megvolt. (Medizinische Klinik, 1907. 31. szám.)

Az agyagutát megelőző orrvérzés. Ismeretes, hogy az 50 éven túl jelentkező bőségesebb orrvérzés arteriosclerosisra utal. Innen magyarázható az a jelentőség, a melyet de Cigna az idősebb egyének orrvérzésének tulajdonít, mint a melyből véleménye szerint agyvérzés bekövetkezésére következtethetünk. 26 esetet tudott összegyűjteni, a melyekben bőséges orrvérzés előzte meg rövidebb-hosszabb idővel az agyvérzést. Ismerve tehát az orrvérzésnek ezen irányú jelentőségét, kellő beavatkozással (nyugalom, a diéta rendezése, a vérnyomást csökkentő gyógyszerek adása) esetleg megelőzhetjük az agyaguta bekövetkezését. (Ref. La semaine médicale, 1907. 23. szám.)

A plexus coeliacus neurosis. A tankönyvekben legfeljebb csak érintett ezen kórkép Lasinski szerint elég sokszor fordul elő, még pedig az eseteknek 9/10-résztében nőkben. A betegek hastáji, a hátba kisugárzó fájdalmakról panaszkodnak s azért sokszor gyomorbajosoknak tekintik őket. De már a felületes vizsgálat is ellene szól a gyomorbajnak; azután meg legtöbbjük említi, hogy a fájdalom az étkezéstől függetlenül és intervallumokban jelentkezik. Ha a szívgyűrűből kiindulólág a linea albatól kissé balra a köldök felé haladóan ujjainkkal olyan erős nyomást gyakorolunk, hogy a hasi aorta verését érezzük, a szóbanforgó bajban szenvedők fájdalmat jeleznek. A plexus coeliacus neurosisának diagnózisát azonban csak akkor lehet biztosan felállítani, ha az egész hasi aorta érzékeny a nyomásra. Ellenőrzésképen célszerű a has más részeiben is, a hol nem fut a hasi aorta, nyomást gyakorolni; ha ilyenkor nincsen fájdalom, biztosak lehetünk a kórjelzés helyességében. Natrium salicylicummal a baj rövid idő alatt megszűnethető. 5 gramm natrium salicylicumot 160 gramm vízben tartalmazó oldatból 2 óránként vétetve be evőkanálnyi, a szerző eseteiben már két legfeljebb három palaczk elfogyasztása után gyógyulás következett be. (Medizinische Klinik, 1907. 23. sz.)

### Sebészet.

A tüdő- és a mellhártyasebészet köréből közöl kísérleti tanulmányt Tiegel, a ki ezen kísérleteket a Sauerbruch-féle



negatív nyomású kamrában végezte. Kísérleti állatok gyanánt kutyákat, narcoticum gyanánt morphiump-aethert használt. A behatolás a Mikulicz-féle intercostalis thoracotomiával történt. Czélszerű a tüdőműtéteket helyi vértelenítés mellett végezni, rövidebb operatióknál manuális compressio elégséges, hosszabb ideig tartó műtéteknél alkalmasabbak a Doyen-féle lezorítók. Sok nehézségbe ütközik a pleura pulmonalis varrata, mert a fonalak gyakran átvágnak s ekkor a légmell csak nagyobbodik; ezért T. új varratot ajánl magnesiumsodronnyal, melyet Lambert elve szerint alkalmaz; a szűrési csatorna jól zárása végett a fonalat vaschlorid-oldatba mártja. Tüdőrészletek vagy egész tüdőlebeny resectiójánál nem szabad a bronchust izolálva alakítani, mert nekrosis áll be, hanem a lekötést úgy kell végezni, hogy a vérerek és a bronchus együtt jussanak a fonálba, a mely ilyen esetben mindig selyem legyen, mert a catgut gyorsan felszívódik. *Helperich* a mellkasfalból kiinduló sarkoma egy esetében mindkét jobb tüdőlebenyt resekálta, a beteg a műtétet 19 órával élte túl. Az ezen műtétnél jelentkező szövődmények oka a következőkben rejtőzhetik: 1. reflexhatásban, a melyet a tüdőhilus alakítása vált ki; 2. a respiratorius felület csökkenésében; 3. a kis vérkör keringési zavarában; 4. a tüdőcsontok hiányos ellátásában s ennek következtében beálló feszültségi légmellben. A szerző igen érdekesen fejti ki a módokat, a melyekkel ezen szövődményeket elkerülhetjük, de semmi esetre sem ajánlja az „Ueberdruck“-ot, a mely a szív munkáját az egész műtét alatt csak növeli. A továbbiakban a szerző idegen testek miatt végzendő pneumotomiák, a genyes tüdőprocessusok miatti kétszakaszos műtétek, az utókezelés, a postoperatív empyemák és légmell körül szerzett tapasztalatait és kísérleteit fejti ki, a melyek physiologiai alapon állva, sok érdekes útbaigazítást nyújtanak, a melyet a tüdő sebészetével foglalkozó hasznosan értékesíthet. (Mitteilungen aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Gedenkbänd für Mikulicz. 1907.)

*Steiner Pál dr.*

A gyomorrák sebészi kezelésével elért eredményeiről számol be *Makkas*, Mikulicz volt segéde, a ki összegyűjtötte a boroszlói klinika 665 gyomorrák esetét és érdekes összefoglalásban a sebészet ezen nehéz fejezetéről sok tanulságosat nyújt. 458 esetben végeztek Mikulicz és segédei gyomorrák miatt műtétet, még pedig 163 esetben gyomorresectiót. 4 esetben teljes gyomorkiirtást, 209 esetben gastro-enterostomiát, 14 esetben jejunostomiát, 68 esetben próbaparatomiát. Ezen nagyszámú műtét magyarázatát leli a klinika álláspontjában, a mennyiben minden gyomormegbetegedésben, mely pangással jár és gyanút kelt rákra, operative avatkoznak be, sőt pangás nélküli gyomorbajokban is, ha a rák bizonyossággal ki nem zárható, a próbaparatomiát ajánlják. A gyomorresectio 163 esete közül 57 műtéti halálozás áldozata; 26 esetben peritonitis, 15 esetben tüdőcomplicatio, 4 esetben collapsus stb. okozta a halált. Az életben maradtak közül 92-nek ismeretes a további sorsa; ezek közül él 27, meghalt 65. Ezen 65 eset közül 62 bizonyosan recidivában halt meg az 1—2. évben a műtét után, átlag 18.3 hó után 27 beteg él, ezek közt a műtét óta eltelt 12½, 10, 6, 5, 4, 3, 2, 1 év. A gyomorrák miatt végzett összes resectioesetek 18.4%-a recidivamentes 3 éven túl, ha pedig csak a műtéten átesett 71 esetet vesszük tekintetbe, úgy 22 eset vagyis 30% recidivamentes 3 éven túl. Ezen aránylag jó eredményt annak tudják be, hogy nagy kiterjedésű ép gyomorrészletet, az összes a műtéti területbe eső nyirokmirigyekkel együtt távolítottak el. A gyomornak a környezettel való összenövése, a megnagyobbodott nyirokmirigyek még nem zárják ki a végleges gyógyulás lehetőségét. Bármely módszer szerint történjék is a műtét, a lényeg az, hogy radikális legyen a tumor kiirtásában. (Mitteilungen aus d. Grenzgeb. der Med. u. Chir. Gedenkbänd für Mikulicz. 1907.)

*Steiner Pál dr.*

A koponyaboltozat teljes elhalását írja le *W. W. Keen*. A csontelhalás súlyos égés folyamánya volt, melyet a beteg 7 hónapos korában szenvedett el, s a mely után 6 hónappal a koponyaboltozatnak 17 cm. hosszúságú és 11 cm. szélességű átmérővel bíró részlete 4 darabban elöklődött; 1 évvel a sérülés után a skalp sebe begyógyult. A betegnek már az égés után görcsei támadtak, később ezek annyira gyakoriak lettek, hogy egy évben 400 is jelentkezett. A gyermek kezdetben normálisan fejlődött, s mikor 7 éves korában iskolába kezdett járni, jól is

tanult, 11 éves kora óta azonban epilepsiás görcsei mind gyakoriabbak és elbutult. 14 éves korában került *Keen* észlelése alá; ekkor a csontdefectus csak 8 × 5 cm. Abból indulva ki, hogy az epilepsiás görcsök és butaság okát a csont és a skalp hegének nyomása az agyra teszi, *Keen* teljes lineális craniotomiát végzett, vagyis nagyrészt subcutan, a koponyaboltozat folytonosságát körkörösén megszakította (csípővel), úgy hogy a koponyatető a koponya többi része felett mozgathatóvá vált. A műtét a beteg állapotán keveset segített, a beteg atyjának állítása szerint azonban a görcsök ritkábbak s a gyermek intelligenciája lassan javul. A koponyaboltozaton készített circulás röntgen-fénnyel még 2 év múltán is kimutatható, azonban a beteg kezelőorvosának utolsó jelentése szerint már nem mozgatható a koponya teteje, mint azelőtt. (Annals of surgery, 173. sz.)

*Pólya.*

#### Gyermekorvostan.

A phimosis a gyermekkorban *Witzenhausen* dr. tapasztalatai szerint súlyos zavarokra adhat okot. 9 hetes—1½ éves gyermekekre vonatkozó öt kórtörténetet közöl, a melyekben a phimosis létesítette másodlagos jelenségek uralkodtak a kórképen. Keletkezésüket a következőképen képeli: a phimosis miatt a húgyhólyag hiányosan ürülve ki, mind erősebben kitágul s oldalt és felfelé szorítja a többi hasiúri szervet; a has tehát megnagyobbodik, falai tágulnak, izomzatuk gyengül; egyidejűleg a rectumra is nyomást gyakorol a tágult hólyag s ily módon mechanice is akadályozza a bél kiürülését. A makacs székszorulás csakugyan kiemelkedő és állandóan meglevő tünete a betegségnek. A bélnek hiányos kiürülése miatt fokozottak a bélbeli bomlások, a minek következtében a belek puffadtak s ennek következtében is rosszabbodik a székürülés. Ilyen módon végül nagyon súlyos kórkép támadhat, az egész táplálécsatorna hiányos működése és az ezáltal feltételezett hiányos táplálkozás miatt. A kép nagyon hasonlít a Hirschsprung-féle betegséghez, s a szerző azt hiszi, hogy ez utóbb említett betegségnek nem egy esete tulajdonképen ilyen phimosis okozta baj volt. A gyermekkorban a phimosis tehát sokkal nagyobb figyelemben részesítendő, mint a milyenben eddig részesült. Az anyáknak kijelentése, hogy csecsemőjük állandóan nedves, sokszor vizelet, könnyen csábitat a phimosisra való vizsgálatnak elmulasztására, noha épen ez a jel alkalmas arra, hogy esetleges phimosis jelenlétére irányítsa a figyelmet. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1907. 22. szám.)

#### Húgyszervi betegségek.

A lövés által okozott vesesérülésről ír *M. Masini*. Úgy lőtt, mint szűrt seb eseteiben operálni kell, mihelyest a két főtünet — haematuria és vizeletszivárgás a testből — közül bármelyik jelentkezik. Az ismételt pöcsapolást sohasem szabad elmulasztani, mert a lövés által okozott sérülés után rendszerint nem bugyog ki vizelet a sebzett veséből és így a haematuria fontos támpontot ad a vese állapotára vonatkozólag. A statisztikai adatok azt bizonyítják, hogy a lövés súlyosabb sérülést okoz, mint a szűrés, mert lövés esetén a nephrektomia után 9 beteg közül csak kettő maradt életben, míg szűrés esetén a műtét mind a 7 beteget megmentette. Tekintve azt, hogy az operatio folyamán az összes hasszerveket gondosan át kell kutatnunk, a szerző észszerűbbnek tartja a hasmetszést, mint a lágyékmetszést, és a bélkacsok könnyebb kezelésének szempontjából többre becsüli a *Kehr*-féle lebenyes metszést, mint a *Pauchet* által ajánlott harántmetszést. (Annales des malad. des org. génito-urinaires, 1907. 4. f.)

*Drucker Viktor dr.*

A gyermekek éjjeli incontinenciáját *Comby* párisi kórházi főorvos atropinnal gyógyítja. Az 1:1000 oldatból a legfiatalabb — 2—5 éves — gyermeknél lassanként felmegy napi 20 cseppig és pedig úgy, hogy tisztán éjjeli incontinencia esetében a gyermek este a lefekvéskor egy adagot kap. Az adagot a gyermek kora szerint 5—10 cseppel kezdi és minden este fokozatosan növeli egészen 20 cseppig. A nagyobb gyermeknek 30 cseppet és még ennél is többet ad. Siker esetében 10—14 napi használat után egy hétig szünetel és ezután újból kezdi a régi rendszer szerint. Ha az incontinencia nemcsak éjjel, de nappal



is megvan, akkor az adagot fractionálni kell. Tekintettel arra, hogy az incontinentia neurosis, a beteg gyermeket ezenkívül még hydrotherapiával és jó diatával fogjuk gyógyítani. Bár a gyermekek általában igen jól tűrik az atropint, mégis fontos, hogy minden esetben szüntelenül ellenőrizzük a betegnek toleranciáját az orvossággal szemben. (Journ. de méd. et de chir. prat. 1907.)

Drucker Viktor dr.

### Venereás bántalmak.

A syphilis atoxylos kezeléséről ír F. Moses (Berlin). Igaz ugyan, hogy a kéneső és jód birtokában a syphilisnek legtöbb nyilvánulása elég könnyű szerrel eltüntethető, mégis vannak oly esetek, a mikor egy más hatásos antilueses szer volna kívánatos. Uhlenhuth kezdeményezésére ezért nagy mértékben kezdik vizsgálni az atoxyl (arsenkészítmény) hatását a syphilis gyógyításában. A szerzők általános véleménye az volt, hogy az atoxyl-kezelésnek bizonyos jó hatása a syphilis ellenében nem tagadható. Igaz ugyan, hogy a jó hatást némelyek (pl. Zeissl) egyedül az arsen roboráló hatásának tulajdonítják. Mások ismét, főleg erőteljes adagokban adva a szert, határozottan specifikus gyógyító hatást tapasztaltak az atoxylkezeléstől. Lesser vizsgálatai szerint a syphilis tünetek, így első sorban a primaer affectiók, feltűnő gyorsan fejlődnek vissza. Az erősebb dosisokkal (0.2–0.5 p. d.; egy kúrára 6–10 gm.-nyi összes atoxylmennyiség) karöltve azonban határozott és súlyos intoxicációs jelenségek is támadtak s így a kezelés csakis nagy óvatossággal végzendő. A szerző mindössze 19 syphilis-esetben végezte az atoxylos kezelést. A napi injectiók a dagok 0.3–0.5 grammot értek el. Az egész atoxyl-mennyiség maximuma 4.9 gm. volt. A 19 eset közül friss secundaer syphilisben szenvedett 14 beteg. 4 esetben késői secundaer tünetek voltak, 1 esetben tertiaer jelenségek forogtak fenn. Ezen esetek közül 5 izben sikerült a tüneteket teljesen elmulasztani egyedül atoxyl-kezeléssel. A szerző tehát határozott gyógyító hatást észlelt. De voltak zavaró mellék-tünetek is. Így urticariászerű exanthemák, hasmenés (7 izben), fehérvérjelzés (4 esetben), stenocardiás roham (1 eset). A 19 eset közül mellék-tünetek híján csak 7 eset maradt. A gyomor-bélhuzam complicatioi opiumra és bismuthra hamar visszafelődtek. Arra a kérdésre, hogy az atoxylos kezelés tényleg fajlagos hatású-e a syphilisre, a szerző ez idő szerint nem válaszolhat határozott formában. Lehetséges ugyan, hogy a jól reagáló esetek azok, melyek minden kezelés nélkül is megjavultak vagy gyógyultak volna. A secundaer tüneteket illetőleg ez mindennapi tapasztalás (Blaschko). Tekintve pedig, hogy az intoxicációs jelenségek oly gyakoriak, a kezelés kiterjedt használatra ma még nem ajánlható. (Berlin. klin. Wochenschrift, 1907. 29. sz.)

Guszmán.

### Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A lysargin a collargolhoz hasonló készítmény 80–83% ezüsttartalommal. Weissmann nagyszámú kísérletet végzett ezen szerrel, részint intravenásan fecskendezve be (5% os oldatból 4–7 cm<sup>3</sup>-t), részint pedig 10% os kenőcs alakjában használva különböző fertőző bajokban. Az eredménynyel nagyon meg volt elégedve. (Therapeutische Monatshefte, 1907. 5. sz.)

A pilocarpin mint adjuvans a syphilis gyógyításában. Mayençon mintegy 20 évvel ezelőtt kimutatta, hogy a pilocarpin nagy mértékben elősegíti a higany kiválasztását a verejtékkel és a nyállal. Ezt a régi tapasztalatot igyekszik felhasználni Robinson Higanykúrának alávetett egyéneknek pilocarpint adva, az erős nyáleválasztás megszabadítja a nyálmirigyeket a bennük levő higanytól s ezzel megszűnik az az inger, a mely a higanyos stomatitis legfőbb oka. Makacs borsyphilis eseteiben is hasznos a pilocarpin, a mennyiben a higany kiürülését a verejtékkel elősegítvén, több higany jut a bőrbe s így erősebb befolyás alá jutnak a bőrnek syphilises kivirágzásai. Végül olyan módon is hasznos lehet a pilocarpin, hogy eltereli a higany-kiválasztást a rendes főújtától, a vesétől és a bélből s így ha ezek már nem tűrnék a higanykezelést, ez a pilocarpin igénybevétele mellett mégis folytatható. A szerző belsőleg adja a pilocarpint, még pedig részint oldatban (0.12 gramm pilocarpinum hydrochloricum 120.0 gramm chloroformos vízre, kávé-gyermek-

kanálnyi 3-szor naponként), részint labdacsalakban (2 milligrammos labdacskoból 2–4-et naponként). (Ref. Semaine médicale, 1907. 26. sz.)

### Magyar orvosi irodalom.

**Gyógyászat.** 1907. 32. szám. Schein Mór: A tenyér és a talp öröklött keratomájáról. Sella József: A Bier-féle pangásos hyperaemia hatása néhány urológiai esetben.

**Orvosok lapja,** 1907. 32. szám. Chudovszky Móricz: Sebészeti megbetegedések.

**Budapesti orvosi ujság,** 1907. 32. szám. Viddkovich Kamill: Az anthrax kezelése immunserummal és Bier-féle pangásos vérbőséggel.

### Vegyes hírek.

**Megerősítés.** Steiner Pál dr.-nak, a budapesti I. sz. sebészeti klinika műtőorvosának a kolozsvári egyetem sebészeti klinikájához első tanárségeddől történt megválasztását a vallás- és közoktatásiügyi miniszter jóváhagyóan tudomásul vette és őt ezen állásban megerősítette.

**Kinevezés.** Engel Ida dr.-t a szegedi közpórházhoz segédorvossá nevezték ki.

**Választás.** Iványi Ernő dr.-t az „Újpesti szegénygyermekórház-egylet” gyermekórházához bőrbetegeknek rendelő orvossá választották.

Az őszi tisztiorvosi vizsgák Kolozsvárt november hó 4.-én, Budapesten pedig november 11.-én veszik kezdetüket.

A budapesti egyetemi I. sz. női klinikán július hóban 191 szülés történt; a született magzatok száma 194 volt. Az először szülők száma 77, a többször szülők 114 volt. A magzatok közül élő 177, halott 14, macerált 2; érett 167, kora 13, éretlen 14; fiú 107, leány 83, kérdéses nemű 4; törvényes 86, törvénytelen 108. A szülők és gyermekágyasok közül egy sem halt meg. A nőbeteg-osztályon 37 beteget ápoltak, halál eset nem fordult elő. A klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinika segélyét 93 esetben vették igénybe; a műtétek száma 76 volt.

**Meghalt.** Schlagdenhauffen dr., valaha a toxikologia tanára Nancyban. — A. Gué dr. a dermatologia tanára Kazánban. — W. Miller, a fogászat tanára a michigani egyetemen (Ann Arbor).

**Kisebb hírek külföldről.** La Valette St. George, az anatomia tanára Bonban e hó 1.-én ünnepelte 50 éves orvosdoktori jubileumát. — Vossius dr., a szemészet tanára Giessenben, július 28.-án érte meg tanítói működésének 25. évfordulóját. — A würzburgi egyetem gyógyszer-tanszékére Strassburgból St. Faust tanárt hívták meg, a ki a meghívást elfogadta. — J. Disse dr.-t, az anatomia rendkívüli tanárát Marburgban tiszteletbeli rendes tanárrá nevezték ki.

A XX. francia sebészcongressus október 7.-én fog ülésezni Párisban. Tárgyalásra a következő kérdéseket tűzték ki: 1. A Röntgen-sugarak hatása a rosszindulatú daganatokra. 2. Izom-, in- és idegátültetés hűdés eseteiben. 3. Az idült sebészi bajok (gümőkór és rák) viszonya a balesetokhoz.

**„Fasor” (Dr. Herczel-féle) sanatorium.** Ujonnán épült magán-gyógyintézet sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek részére, Budapest, VII., Városligeti fasor 9. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitérő ellátás. — Telefon. — Mérsékelt árak. — Kívánatra prospektus.

## Vizgyógyintézet

a „Fasor” (Dr. Herczel-féle) sanatoriumban, Budapest, VII., Városligeti fasor 9. Egész éven át nyitva bejáró és bennlakó betegek számára. Vizgyógykezelés, massage, elektrotherapia, villamos fényfürdők, szénasavas fürdők. Állandó orvosi felügyelet. — Mérsékelt árak. — Kívánatra prospektus. Telefon. Rendelő orvos: Dr. Jakab László. 2513

## JUSTUS Dr. bőrbajosokat gyógyító intézete.

Budapest, IV., Károly-körút 14.  
Fürdők, sugaras gyógyítás, fizikális gyógymodok.

**Orvosi laboratórium:** Vezető: Dr. Vas Bernát, Poliklinika. (Szövetség-utca 14–16.) Telefon sz. 90–46.

**Kopits Jenő dr.** testgyógyintézetét VIII., Gyöngyösi-utca 14. sz. alá (Rókus-kórház közelébe) helyezte át.

**Orvosi laboratórium:** Dr. Mátrai Gábor v. egyetemi tanárségéd. Andrassy-út 50 (Oktogon-tér). Telefon 26–96.

**SZÉCHENYI-TELEPI SANATORIUM** az Erzsébet királyné-úti villamos végállomásánál ideg- és kedélybeteg, alkoholisták, morfinisták számára. Vezető orvos Salgó Jakab dr., egyet. m.-tanár, ki városi rendelőjén is szolgál felvilágosítással. Prospektus. Sürgöny: Budapest. Telefon 79–72. Posta Rákospalota. 1703

**ERDEY Dr.** Budapest, IX., Bakács-tér 10. 1415/3109 SANATORIUMA. Nőbetegek és szülők részére.

**SIPOS DEZSŐ dr.** rendel KARLSBADBAN. Markt, Haus Prinz von Wales.

**WEISZ EDE Dr. pöstyéni intézete.**

Moderna kényelem, Röntgen, Zander stb. Mérsékelt árak.



## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Tartalom. Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egyesület Nagyváradon. (1906. évi december hó 1. én tartott szakülés.) 598. l.

### Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természet-tudományi egyesület Nagyváradon.

(1906. évi december hó 1. én tartott szakülés.)

(Folytatás.)

*A tetanuscontractura pathológiája.* A tetanus lefolyása nem egészen egyforma az embernél és állatnál. Említettük, hogy embernél előbb trismus mutatkozik, míg kísérleti állatoknál, akár méreggel, akár bacillusokkal lettek inficiálva, mindig azon izomcsoportok jönnek contracturába, melyek szomszédságában az infectio történt, csak a lónál lép fel előbb trismus. Észlelték eseteket emberen is, hogy az infectio helyén kezdődött a baj, így pl. háborúban amputatiók után, hogy a trismust a végtagokban fellépett rángások előzték meg. Billroth is említ néhány esetet, melyben a tetanus csak a végtagokra szorítkozott.

Az izomzat tetanikus contracturájának megfelelően vizsgálom a neuromuscularis készülék is s így az a kérdés áll elő, hogy a neuromuscularis apparatus melyik helyén támadja meg a mérget? Nem akarom azt a sok kísérletet itt felsorolni, melyet ebben az irányban tettek, abban azonban mindnyájan megállapodtak, hogy a tetanusmérget a vérkeringés útján terjed s hogy a méregnek főhatása a gerinczagy és medulla oblongata motorius centrumainak fokozott izgalmaiban nyilvánul.

Hogy miként hat a mérget a motorius dúzsejtekre, Leyden és Blumenthal véleménye szerint legjobban magyarázható az Ehrlich-féle theoria alapján.

Ehrlich feltevése szerint az idegsejtek protoplasmájában léteznek csoportok, melyek a mérget a vérkeringésből magukhoz ragadják és rögzítik. Minthogy a vegytanban a fehérjemolekulákon függő ilyen csoportokat oldalláncoknak nevezik, Ehrlich is az idegsejtek ama csoportjait, melyek a mérget kötik, oldalláncoknak nevezi. Ezen mérgező csoport a sejten, haptophor csoport, mintegy horgonyra juttatja a hozzá jutott mérget, a toxophor csoportot. És ebben az esetben a sejten bizonyos izgalmi állapot támad, s ezen izgalmi állapot okozza a tetanikus contracturát.

Az izgalomba jutott idegsejt szabadulni akarván az izgalom okától, azaz a haptophor csoporttól s a méregtől, leválasztja vagy letaszítja magától a haptophor csoportot a méreggel együtt. Ez által a sejten egy defectus jön létre, melyet ismét pótolni akar.

A Weigert által fölfedezett törvény értelmében a szervezet sejtjei a veszteséget nagyobb mérvben pótolják, mint a mennyire szükséges s így az idegsejtek is sokkal több haptophor csoportot fognak produkálni. De miként a callusnál a felesleges rész felszívódik, úgy a feles számú haptophor csoportok is felszívódnak s a vérkörbe jutnak, s itt mint mérgező anyagok működnek, ha toxinra akadnak.

Mintán a mérgező anyagok a vérkörben a toxint magukhoz ragadják, azt teljesen paralyzálják, nem marad többé affinitása az idegsejthez s így annak megmérgezését nem okozhatja.

Így tehát Ehrlich szerint a mérgező anyag a sejten, a haptophor csoport, teljesen azonos a vérkörben keringő antitoxinnal.

Wassermann kísérletei útján arra a deductiora jött, hogy a tetanus iránt fogékony állatoknak idegrendszerében a kémcsőben antitoxinként ható testek vannak, azaz praeformált antitoxinok, melyek a mérget neutralizálják.

Blumenthal és Metschnikoff rámutattak ezen felfogás helytelenségére, mert ha ez igaz volna, akkor a fogékony állatoknál a tetanus fellépése azon alapulna, hogy több toxin jut az ideg állományba, mint a mennyi megfelel az ő antitoxintartalmának.

Kimutatták, hogy tetanusban elhalt tengerimalacz idegközpontjaiban még oly bőséges praeformált antitoxin volt, hogy vele más tengerimalaczkokat immunizálhattak többszörös halálos adag mérge ellen.

Kimutatta továbbá Metschnikoff és Marie, hogy ha egy nyúl az agyát részletesen exstirpálták, megvédhették mégis tetanus ellen, ha ezen exstirpált agynak egy részét tetanusmérget keverve belé fecskendezték. Ezen kísérlet azt bizonyítja, hogy az élő idegállomány nem bír antitoxikus tulajdonokkal, hanem csak az elhalté, mely a vérkörbe bejutott.

Az Ehrlich-féle elmélet elleni oppositio lényegében azon alapult, hogy azon testet, mely a kémcsőben a tetanusmérget paralyzálni képes, praeformált antitoxinnak nevezték, holott Ehrlich szerint ezen test csak a circulatióban antitoxin, míg ellenben az idegsejten mérgező test, azaz a megbetegedésnek okozója.

Ezen nézőpontból fogván fel a tényeket, találta Blumenthal, hogy tetanusmérget mérgezett tengeri malaczkok és nyulak a mérget csakugyan felveszik központi idegrendszerük állományába, mert a tetanikus állatoknak agy- és gerinczaga azon arányban veszít antitoxikus erejéből, a milyen arányú volt a bőr alá fecskendezett mérge mennyiség.

Ha embernél és tengerimalacznál a praeformált antitoxinnal szemben a gerinczagyban fölös mérget volt, akkor ilyen agyállománnyal sikerült tetanust előidézni.

A központi idegrendszernek ezen mérgező tulajdonságát kimutatták kémcsőben.

Wassermann szerint az antitoxin nem oldódik és nem filtrálódik, ellenben a mérget filtrálódik.

Blumenthal és Milchner összekeverték agyállományt mérgeoldattal és filtrálták.

Ha a mérget nem volna az állományhoz kötve, akkor a filtratumnak mérgezőnek kellene lenni, ez azonban nem volt s így a mérget az idegállományhoz volt kötve. Hogy ha azonban több volt a mérget, mint a mennyi az elhasznált agy mérgező állományának megfelelt, akkor a szűredék mérgező volt; ugyanilyen volt az eredmény, ha centrifugálták.

Főzött agy nem tudta a mérget megkötni.

Ezen kísérletek ellen azt lehet felhozni, hogy az agyállomány nem köti a mérget, hanem megsemmisíti. Ezt a felfogást megdöntötte Danysz kísérleteivel, a ki idegállománnyal mérget vont el tetanusmérgeoldatból, s ugyanebből ismét kilúgozási folyamattal eliminálta.

Ezzel biztosítva van tehát, hogy az idegállomány nem semmisíti meg vagy közömbösíti a tetanusmérget, hanem megköti s hogy a praeformált antitoxin ennélfogva mérgező anyagnak tekinthető.

Ezt az emberben is kimutatták, a mennyiben azt találták, hogy tetanusban elhalt emberben az egész mérgező állomány toxinnal volt telítve.

Még egy kérdés merült fel, hogy tetanus iránt fogékony állatokon miért észlelhető kevés agytünet? Holott tudvalevő, hogy az agy sokkal több mérgező állományt tartalmaz, mint a gerinczagy.

Roux és Borell kimutatták, hogy ha nyulaknál vagy tengerimalaczkoknál direct az agyba juttatták a mérget, akkor nyúlgrácsszerű mozgások, epileptikus rohamok, polyuria és motorikus zavarok állottak elő, tehát agytünetek támadtak, de contracturák nem, ha csak elég concentratióban adták a mérget.

Még egy ellenvetést hoztak fel Ehrlich elmélete ellen. Ugyanis Metschnikoff, Courmont és Doyen úgy találták, hogy annak daczára, hogy a béka a tetanus iránt fogékony, idegrendszerében még sincsen mérgező anyag, azaz hogy idegállományával



a kémlecsőben nem tudta paralyzálni a tetanusmérget, úgy mint a tetanus iránt fogékony más állatoknál.

Courmont és Doyen megállapították, hogy azon békáknak idegállománya sem volt befolyással a tetanusmérre, mely a méreggel keverve tenyészhő mellett lett tartva.

Ezen ellenvetés valóban aggasztó volt, mert ha a békának idegcentrumaiban hiányoznék a méregkötő állomány, úgy ez az Ehrlich-féle felfogásnak egy igen fontos kivételét tenné. Morgenrothnak sikerült ezen ellenvetést teljesen megdönteni. Ő ugyanis szobahőmérsék mellett egy békának bőre alá tetanusmérget fecskendezett. A béka nem kapott tetanust. Egynehány nap múlva kapott antitoxint, hogy a testben létező méreg neutralizáltassék, s most a költőszekrénybe helyeztetett, s ime dacára, hogy előbb antitoxint kapott, kifejlődött a tetanus.

Ehrlich szerint ezen kísérlet azt bizonyítja, hogy a mérgezés létrejöttéhez nem elegendő az, hogy a sejt a mérget lekösse, mely ebben az esetben már a hidegben létrejött, hanem hozzá kell járulni a méreg toxophor csoportjának is, mely hogy hatásos legyen, tenyészhőmérsékre van szüksége.

Morgensternnek eme kísérletével tehát az Ehrlich-féle teoria ellen felhozott legfőbb érv is megdőlt.

A méregnek megkötése az idegállomány által nem hirtelen, hanem lassanként történik, s csak ha elég szilárd, lépnek fel a jelenségek. A lappangási időt ezzel lehetne megmagyarázni. E mellett szól azon tény is, hogy a serumbefecskendezés után is még újabb izomcsoportok lesznek megtámadva. Minthogy az antitoxinbefecskendezés után több méreg már nem lesz megkötve, az újabb contracturák csak úgy volnának magyarázhatók, hogy a méreg, bár az antitoxin bevezetésekor már rögzítve lett a megfelelő centrumokhoz, nem volt még elég erősen megkötve.

Bocsánatot kérek, hogy az Ehrlich-féle teoriával kissé részletesebben foglalkoztam, de szükségesnek tartottam azért, mert az egész antitoxintherapia erre van alapítva.

A tetanusbeteg gyógykezelésénél 3 indicatiót kell szem előtt tartani: a méreg közömbösítését, a görcsöknek enyhítését, továbbá a trismus és a bázisgörcsök által okozott táplálkozási nehézségek legyőzését.

Az első indicatiót illetőleg egyedül a gyógyszerum jöhet tekintetbe.

Hogyha a toxinnak egységét, azaz azt a mennyiséget, mely egy 250 gm. súlyú tengerimalacot tetanus tünetei közt megöl, gyógyszerummal keverik, akkor az ezzel beoltott állat egészséges marad.

Ehrlich, Behring és Feodoroff úgy képzelik a hatást, hogy a két test kölcsönösen neutralizálja egymást, mialatt úgynevezett kettős összeköttetésbe lépnek, tehát a kémcsőben vegyi folyamat megy végbe; ezt Ehrlich több kísérlettel bizonyította.

Behring főképen a bőr alá fecskendést ajánlja, míg más szerzők hathatósabb eljárást hoznak javaslatba. Így Roux, Borell, Blumenthal a koponya trepanatióját ajánlották, de később elállottak tőle, mert kellemetlen agytüneteket okozott, de meg tetanusban ritkán észlelünk tüneteket az agy részéről, inkább a gerinczagy van megtámadva; élettanilag sem volna érthető, hogy az agyba fecskendezett antitoxin a vérkör kikerülésével miképpen jusson el épen a méreg iránt annyira érzékeny gerinczagyhoz.

Blumenthal és Jakob ajánlották a duralinfusiót. Ez úgy történik, mint a Quincke féle lumbal punctio: a 3. és 4. ágyécsigolya közt körülbelül 4 cm. hosszú tüvel, mely egy jól záró fecskendőhöz van erősítve, beszúrunk, kibocsátunk 10—20 cm<sup>3</sup> spinálfolyadékot, s ugyanannyi serumot fecskendezünk be; hogy a vérkörben levő toxint is neutralizáljuk, czélszerű a bőr alá is fecskendezni.

Számtalan kísérletből megállapították azt a tényt, hogy minden méreg, mely még nincs a központi idegrendszerhez kötve, az antitoxinnal neutralizálható. Ezt az indicatiót a serum biztosan betölti, s eddig még nem ismeretes más szer, mely ezt meg tenné. Ezen okból is kötelességünk minden esetben a serumot alkalmazni, melylyel alkalmazásának pillanatától kezdve minden méregmegkötést az idegrendszer részéről megakadályozunk.

Osztályomon ez évben márcziustól kezdve 5 tetanus esete fordult elő. Az első igen súlyos volt, betegségének kezdetén észleltük, azonnal seruminjekciókat alkalmaztam és pedig bőr alá

körülbelül 8 üveg folyékony serumot (Behring-Knorr-félét), egy-egy üvege nem egészen 20 cm<sup>3</sup>-t tartalmazott; a beteg elhalt. A többi 4 betegnél duralinfusiót alkalmaztam, ezek közül egy behozatala után másnap elhalt, a többi 3 pedig meggyógyult, ezek közül egy könnyebb, a másik kettő igen súlyos tetanus volt. Ezeknél a serum duralinfusio alakjában lett alkalmazva, de közben a duralinfusio mellett subcutan is kaptak serumot, épen a fent kifejtett indokok alapján; legtöbbet kapott az utolsó, legsúlyosabb eset: 11 subdural és 4 subcutan injekciót, eanél 11 üveg serum lett elhasználva.

Nem hagyhatom említés nélkül, hogy ezen utolsó betegnél a tetanus megszűnése után jobboldali váll- és peroneushüds maradt fenn.

Hosszas faradizálás után lényegesen megjavulva 3 hónap után hagyta el a kórházat. Mindezen esetekben sérülés volt kimutatható, 4-ben a lábakon, egyben a glanson volt egy fekély, mely a serumkezelés alatt gyógyult; ez utóbbi esetben a fekélyre is öntöttünk serumot és kötés alatt tartottuk, a többiben sublimatkötést használtunk.

A punctiók alatt nem mindenkor folyt ki spinális folyadék, máskor néhány cseppet, de nagyobb mennyiséget egyszer sem kaptunk, a mi azonban nem tartott vissza attól, hogy 10 cm<sup>3</sup> serumot fecskendezzek be. Az alkalmazott tü 5—6 cm. hosszú volt s egészen tövéig beszúrtam; a szerzett gyakorlat mellett azt hiszem nem tévedek, hogy mindenkor a gerinczesatornába jutottam. Hogy mégis miért nem ürült ki nagyobb mennyiségű spinálfolyadék, talán más körülményben lelheti magyarázatát; a serum mindenkor könnyen bejutott. A punctio sokszor nehézséggel jár az opisthotonus miatt; előzőleg mindig morphium-injekciót adtam, hogy a görcsöket enyhítse, s a gerincoszlopot kissé meg lehessen görbíteni.

A javulást abban láttuk, hogy a trismus kezdett alább hagyni; legtovább tartott a hasfalak contracturája.

Midőn a javulás ennyire előrehaladt, meleg fürdőket alkalmaztunk, a mi igen jó hatással volt.

A tetanus kezelésének első indicatióját, vagyis a méreg neutralisatióját, mint láttuk, a serummal érjük el. Nem kevésbé fontos a görcsöknek az enyhítése, mivel minden görcs megfurdással fenyegeti a beteget, de nagyfokú kimerülést is okoz, mit a serummal nem lehet megakadályozni. E végből a narcoticumokhoz fordulunk. Főképen a morphium és chloralhydrat ajánlható, és pedig nagy adagban, a morphiumból 0.10—0.15 pro die subcutan, a chloralhydratból két gm. pro die per rectum. Nagy adag morphiumtól nem kell félni, mert épen olyan jól türik ezt a tetanusbetegek, mint az alkoholt a lázas beteg, a nélkül, hogy intoxicatiót okozna.

A 3. indicatio a betegnek táplálása. A szájon át való táplálkozás természetesen igen korlátolt, de lehetőleg kerülendő is, mert a nyelési actusok is görcsöket váltanak ki, azért legalkalmasabb a per rectum való táplálás.

A végbélen át való táplálás azért is előnyös, mert a csőre után rendszeren sphinctergörcs áll be, mely a visszafolyást megakadályozza. Természetesen a tej a legjobb, 1 liter pro dosi adható 2—3 szor napjában, ehhez még különféle tápláló anyagokat, melyek tejben oldódnak, tehetünk, így eucasint, nutrosot, sanotogent, plasmont, eulactolt.

Újabban ismét alkalmazásba vették igen súlyos esetekben a subcutan táplálást. Erre a czélra 100—200 gm. sterilizált táblaolajat, 50—100 gm. vízmentes, vegytiszta szőlőcukrot használnak. A szőlőcukrot 8—10% oldatban injiciálják.

Mindezen beavatkozások előtt czélszerű előzőleg morphiumot a bőr alá fecskendezni.

Utólagosan emlitem még, hogy a serumot lovak véréből nyerik. Erre a célra lóba olyan kis adagot fecskendeznek be, mely csak beteggé teszi, de el nem pusztul tőle. Ha az állat a betegséget kiállotta, akkor egy bizonyos antitoxinmennyiség lesz a vérében. A méreg fokoztatik mindaddig, míg a vér egy bizonyos antitoxinfokot elér. A vérnek üllépítése útján nyerik a serumot, melyhez, hogy eltartható legyen, kis mennyiségű carbolsavat vagy tricesolt adnak. Különböző savók jönnek forgalomba. A Behring-Knorr-féle folyékony, van szárított poralakú is. A száraz praeparatum végtelen hosszú ideig megtartja ható erejét.



## PÁLYÁZATOK.

A budapesti poliklinikai egyesület kórházában f. évi szeptember hó 1-én az alorvosi és segédorvosi állás megüresedik. Mindkét állás két évre töltetik be; de két év múltán újabb két évre meghosszabbítható. Az alorvos közpénzfizetése az első évben 800, a második évtől kezdve 1000 korona; a segédorvosé pedig az első évben 600, a második évtől kezdve 800 korona. Ezenkívül mindkét orvos berendezett szobából álló lakást és teljes ellátást élvez. Csak orvosdoktorok pályázhatnak. Pályázati határidő: f. évi szeptember hó 1. A diplomamással és szolgálati bizonyítványokkal felszerelt bélyegtelen kérvények a poliklinika igazgatóságához intézendők.

2-1

3772/907. közg. sz.

A Kis- és Német-Pereg községekből álló és lemondás folytán üresedésbe jött kisperegi körorvosi állás választás útján leendő betöltésére határidőül f. évi augusztus hó 30. napjának délelőtti 9 óráját Kis-Pereg községéhez kitűzöm.

A körorvos javadalmazása: Évi fizetés 1200 korona. Nappali látogatási díj 80 fillér, éjjel 2 korona és Kis-Pereg község székhelyén teljesítendő halottkémlelésért 50 fillér. A körorvos folyamodása esetén kézi gyógyszerértartására is fel lesz jogosítva.

Felhívom az ezen állást elnyerni óhajtokat, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a szerint felszerelt pályázati kérvényüket hozzám a választás napjáig nyújtsák be.

Pécska, 1907. évi augusztus hó 8-án.

Senk, főszolgabíró.

A szekszárdi „Ferencz”-közkórházban egy alorvosi állás megüresedvén, felhívom az arra pályázni óhajtokat, hogy eddigi működéseiket igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványaikat f. évi szeptember hó 1-éig méltóságos gróf Apponyi Géza úrhoz, mint Tolna vármegye főispánjához címelve, alulírott kórház igazgatóságánál nyújtsák be.

Az alorvos javadalmazása: 1200 korona évi fizetés, teljes ellátás, lakás a kórházban, fűtéssel és világítással. A kinevezés 3 évre történik s csak nőfelnő orvos tudorok és szigorló orvosok pályázhatnak.

Az itt töltött orvosi szolgálat a kötelező orvosi gyakorlatnak beszámíthatik.

Szekszárd, 1907. évi augusztus hó 11-én.

2-1

Tanárky Árpád dr., igazgató-főorvos.

15562/907. sz.

Máramaros vármegye közpénzfizetési Máramarosszigeten újonnan rendszerezett következő állásokra pályázatot hirdet:

1. A közpénzfizetési kapcsolatos elmeorvos osztályhoz osztályos főorvosi állásra, melylyel évi 2400 korona törzsfizetés, 800 korona személyi pótlék, természetbeni lakás, fűtés és világítás élvezete van összekötve.

2. Két segédorvosi állásra. Javadalmazása évi 1200 korona fizetés, egy szobás lakás, fűtés, világítás és élelmezés.

3. Ellenőri állásra. A javadalmazás 1600 korona fizetés, természetbeni lakás, fűtés és világítás.

4. Felügyelői állásra, évi 1200 korona fizetés és 300 korona lakbér, esetleg természetbeni lakással.

Az osztályos főorvosi állásra pályázók az 1883. évi I. t.-cz. 9. §. II. pontjában előírt képesítésen kívül az elmebetegkezelés terén való szakképzettségüket és legalább 2 évi szakgyakorlatot kimutatni tartoznak.

A segédorvosi állásokra az idézett törvény 9. §-ának II. pontjában előírt, az ellenőri állásra pedig a törvény 17. §-ában előírt képesítés is igazolandó.

Felhívom ennél fogva mindazokat, kik ezen állásokkal valamelyikét elnyerni óhajtják, hogy 1 koronás bélyeggel ellátott és kellően felszerelt kérvényeiket, az 1. és 2. alatti állásokra vonatkozólag Máramaros vármegye méltóságos főispánjához, a 3. és 4. alatti állásokra a vármegye alispánjához címelve, valamennyit f. évi augusztus hó 28-áig hozzam nyújtsák be.

Ezen állásokra kinevezettek a szabályrendelet szerinti nyugdíj jogosultsággal bírnak.

Máramarossziget, 1907. évi augusztus hó 12-én.

Az alispán.

963/907. sz.

Bihar vármegye központi járásában megüresedett köröstarjáni körorvosi állásra pályázatot hirdetek s felhívom a pályázni kívánókat, hogy kellően felszerelt kérvényeiket hozzám 1907. évi szeptember hó 15-éig terjesszék be.

Az egészségügyi kört az egymáshoz közel fekvő s vasúttal is bejáráható Köröstarján, Gyires, Szentandrás, Újpalota, Vizesgyán és Körösszeg községek alkotják, melyeket a községek költségén a körorvos havonként egyszer köteles beutazni.

Évi fizetés:

1. Törzsfizetés 1300 korona.

2. Lakbér 600 korona, mely javadalmazást három havi részletekben a nagyváradi kir. adóhivatala fizet a körorvos kezéhez.

Látogatási díjak a megválasztandó körorvos és községek közötti egyezkedés után a közel jövőben kerülnek megállapításra. A körhöz tartozó 8 népesebb pusztai gazdálkodásból a körorvos tekintélyesebb fix-fizetést remélhet.

Közelebbi tájékoztató adatok a köröstarjáni körjegyzőtől szerezhetők.

Nagyváradi, 1907. július 22.

3-2

Nagy Márton, főszolgabíró.

1221/907. eln. sz.

A Szabadka sz. kir. város tulajdonát képező „Mária Valéria” közpénzfizetési üresedésben lévő és 1200 korona, azaz egyezkertettszáz korona évi fizetés, lakás, fűtés, világítás és I. oszt. élelmezéssel javadalmazott két kórházi a orvosi állásra pályázatot hirdet.

Az állást elnyerő orvos tartozik a közpénzfizetési lakni és magángyakorlatot — az első segélynyújtás esetét kivéve — nem folytathat; nő orvos pályázati kérvénye figyelembe vétetni nem fog.

Felhívom a pályázni kívánókat, hogy megfelelően okmányolt pályázati kérvényüket f. évi augusztus hó 24. napjának déli 12 órájáig Bezeredy István főispán úrnál Szabadkán annál is inkább nyújtsák be, mert az elkészen benyújtott pályázati kérvény visszautasítatni fog.

A mennyiben 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ának 2. pontja értelmében kellően minősített pályázó nem jelentkeznék, egy évi gyakorlatra utasított, esetleg szigorló orvos pályázati kérvénye is figyelembe fog vétetni.

Szabadka, 1907. évi július hó 9-én.

2-2

A polgármester.

A budapesti „Fehér Kereszt” gyermekkórház sebészeti osztályán üresedésben lévő egy 1200 korona évi fizetéssel, lakással és teljes ellátással javadalmazott alorvosi, továbbá egy 1000 korona évi fizetéssel, lakással és teljes ellátással javadalmazott segédorvosi állásra pályázatot hirdetek a „Fehér Kereszt” egyesület.

Az egyesület nevében felhívom azon orvos urakat, a kik ezen állásokat elnyerni óhajtják, hogy orvosi oklevelüket és egyéb esetleges működési bizonyítványoknak hitelesített másolatával felszerelt folyamodványaikat hozzam legkésőbb 1907. évi augusztus hó 25-éig küldjék be.

Az alorvostól műtői oklevél kívántatik meg.

Budapest, 1907. évi augusztus hó 1-én.

2-2

Szemere Béla dr.,  
a sebészeti osztály főorvosa.  
IX., Ráday-utca 18. sz. II. emelet.

Békés vármegye közpénzfizetési belgyógyászati és elmebeteg-osztályán egy-egy segédorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: a belgyógyászati osztályon évi 1000 korona közpénzfizetés, az elmebeteg-osztályon 1600 korona közpénzfizetés és mindkét állásnál I. osztályú teljes ellátás.

Pályázni kívánókat felhívom, hogy képesítésüket, valamint eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványaikat méltóságos Fábry Sándor dr. úrhoz, Békés vármegye és Hódmezővásárhely főispánjához intézve hozzám f. évi augusztus hó 21-éig nyújtsák be.

Gyula, 1907. évi augusztus hó 1-én.

2-2

Békés vármegye közpénzfizetési igazgatója.

6448/907. sz.

Losonc rendezett tanácsu város tulajdonát képező és 60 ágyra felszerelt városi közpénzfizetési lemondás folytán megüresedett közpénzfizetési alorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Felhívom mindazokat, a kik ezen 1000 korona évi fizetés, természetbeni lakás, fűtés, világítás és közpénzfizetési élelmezés élvezetével egybekötött állást elnyerni óhajtják, hogy szabályszerűen bélyegzett, a képesítést és eddigi működést igazoló okmányokkal kellően felszerelt pályázati kérvényeiket f. évi szeptember hó 15-éig hivatalomhoz annál is inkább nyújtsák be, mivel az elkészen érkező pályázatok figyelembe nem vétetnek.

Losonc, 1907. évi augusztus hó 3-án.

3-2

A polgármester.

## HIRDETÉSEK.

A Bór- és Lithion-tartalmú

# Salvator-forrás

kitünő sikerrel használtatik

vesebajoknál, a húgyhólyag bántalmainál és köszvénynél, a cukorbetegségnél, az emésztési és lélegzési szervek hurutjainál.

**Húgyhajtó hatása!**

Vasmentes! Könnyen emészthető! Teljesen tiszta!

Kapható ásványvízkereskedésekben vagy a Szinye-Lipóczi Salvator-forrás Vállalatnál Budapest, V. Rudolfrakpart 8.

**HÉVIZEN** abszolút száraz szobák

elsőrangú ellátással, napi 9 és 12 koronáért megrendelhetők a „Héviz” sanatorium és gyógyszálloda igazgatóságánál.

Felvilágosítással szívesen szolgál az igazgatóság és az intézet főorvosa: **Schulhof Vilmos dr.**, hévizi fürdőorvos.

Keszthely-Héviz (Zala megye).

Prospektus díjmentes. Interurban telefon 34.

**Hyperaciditás** ellen gyomor-nál alkalikus

vizek „Rohitschi Styria-forrás” minden előtt sikerrel rendelhető.



# Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Hoechst M./m.

<p>Alumol. Antipyrin. Antistrepto- coccus-serum. Argonin.</p>	<p><b>Novocain</b> egy új, minden izgató tünet nélkül ható helyi érzéstelenítő. <b>Legjobb cocainpótló szer.</b> <b>Novocain</b> legalább 7-szer kevésbé mérgező mint a cocain, és 3-szor kevésbé mérgező mint annak pótlószerei. Sem a vérkeringést, légzést, sem pedig a szív működést nem befolyásolja. <b>Novocain</b> vízben könnyen oldható, oldatai forralás által sterilizálhatók és jól resorbálódnak. <b>Novocain</b> nem okoz sem intoxiciót, sem szöveti pusztításokat, sem utó-fájdalmat. <b>Novocain</b> kitűnő sikerrel alkalmaztatik medullaris anaesthesiánál és a helyi érzéstelenítés minden alakjánál.</p>	<p>Benzonaphtol. Benzosol. Dermatol. Diphtheria- gyógyserum.</p>
<p><b>Suprarenin</b> a mellékvese hatóanyaga 10/00-es oldatban, mint vegytiszta suprareninum hydrochlor. vagy boricum 25, 10 és 5 cm<sup>3</sup>-es üvegekben jön forgalomba. Továbbá mint suprareninum boricum krist. határtalanul tartós, vízben könnyen oldható. <b>A jelenkor legjobb haemostatikum és adstringense.</b> A suprareninum hydrochlor. vagy boricum oldatok, novocain, cocain, atropin, eserin, zinc. sulfur., hozzátételére változatlanok maradnak.</p>	<p><b>Trigemin</b> a közvetlen agyidegek fájdalmas izgalmainál kitűnően bevált analgetikum, így trigeminus és occipitalis neuralgiáknál, fül-, fej- és fogfájásoknál. Specifikum periostitis, pulpitis, neuritis, valamint ama fájdalomaknál, melyek a pulpa feltárással vagy étető pasták alkalmazása után szoktak fellépni. Adagja: 2—3 gelatincapsula à 0.25 gm.</p>	
<p>Gujasanol. Holocain. Hypnal.</p>	<p><b>Valyl</b> fokozott mértékben bírja a jellegzetes gyökönkehatást. Kiváló szer mindennemű ideges panasz ellen, így hysteria, neurasthenia, migraine, zsábák, hypochondria, traumás és szívineurosisok, álmatlanság stb. eseteiben. Kitűnően bevált mint antidysmenorrhoeum; a terhesség és a klimakteriumban jelentkező panaszoknál. Adagja: 2—3 capsula, naponta 2—3-szor.</p>	<p>Lactophenin. Lysidin. Migraenin.</p>
<p><b>Isoform</b> új, nem mérgező, erősen bactericid, tartós hatású antiseptikum és desodorans, a gennyben a bacteriumok növekedését erősebben gátolja mint a sublimat. Külsőleg isoformpor eves sebeknél és fekélyeknél mint fertőtlenítő; belsőleg à 0.5 gm. 1—4-szer, esetleg többször napjában, kipróbált, ártalmatlan gyomor- és béldeinficiens. <b>Isoformgaze bevált kötszer.</b></p>	<p><b>Tumenol-Ammonium</b> pótolhatatlan szer az eozematherapiánál, valamint a viszkető bőrlöbök kezelésénél. Mindennemű bőrbajnál sikeresen alkalmaztatott. Tumenol-Ammonium vízben könnyen oldódik, nem mérgező, neutralisan reagál, izgatási tünetet nem okoz.</p>	
<p>Orthoform. Oxaphor. Pegnin. Sajodin.</p>	<p><b>Pyramidon</b> legmegbízhatóbb antipyretikum és antineuralgikum; mindennemű lázak leküzdésénél, különösen gümőkóránál, typhusnál, influenzánál stb. alkalmaztatik. Adagja: 0.2—0.3 gm. Specificum fejfájások, idegzsábák, különösen trigeminuszsábák és hátgerinczbajosok lancinaló fájdalmainál; sikerrel alkalmaztatott asthmás rohamok megszüntetésére és hőszámi zavarok ellen. Adagja: 0.3—0.5 gm. <b>Salicylsavas Pyramidon</b>, kiváló fájdalomcsillapító zsábáknál, csúszos és köszvényes bajoknál. Adag: 0.5—0.75 gm. <b>Savanyú kámforsavas Pyramidon</b>, (Pyramidon bicamphoric.) kitűnő eredménnyel használtatik phthisikusoknál a láz és izzadságelválasztás leküzdésére. Adag: 0.75—1.0 gm.</p>	<p>Tetanus- Antitoxin. Tuberkulin. Tussol.</p>
<p><b>Anaesthesin</b> helybeli anaesthetikum, biztos, hosszantartó hatással, absolute nem izgató és nem mérgező, külső és belső használatra. Javalt mindennemű fájdalmas sebeknél és bőrlöbökknél, gümős és bujakeros gége- és légcsőfekélyeknél, ulcus és carcinoma ventriculi, vomitus gravidarum, gyomor-hyperaesthesia, tengeri betegség stb. eseteiben. Adagja: 0.3—0.5 gm. napjában 1—3-szor.</p>	<p><b>Albargin</b> (Gelatoze és arg. nitricum vegyülete.) <b>Absolut biztos, erősen bactericid, de még sem izgató antigonorrhoeum.</b> Sikeresen bevált a gonorrhoea heveny és idült alakjánál; hólyagmosásnál, idült Highmorüreg-genyedéseknél, a vastagbél megbetegedésénél, a szemészeti gyakorlatban és mint prophylacticum 0.1—2.0% vizes oldatban. <b>Használata olcsó.</b></p>	



# NESTLÉ

az egészséges **gyermeklisztje**

és a beteg gyermek, a gyomorbajosok régóta bevált tápláléka. Megóv a hányástól, hasmenéstől, bélhurottól és elhárítja ezeket. A gyermekápolásról ismertető füzetet ingyen küld. **NESTLÉ**  
Wien I., Biberstrasse 11.

## AZ OCULARIUMBAN,

szak-intézet szemüvegek részére  
Budapest, IV. ker., Kossuth Lajos-utca 15, főemelet,  
Telefon 86-28

biztonság nyújtatik pátlensük részére a t. orvos uraknak, hogy minden szemüveg csakis szemorvosi vizsgálat alapján szolgáltat ki.

Pápaszemek és orresiptetők 3 koronától feljebb.

## Reiniger, Gebbert & Schall

villanyos orvosi műszerek különlegességi gyára  
Budapest, VIII., Rákóczi-út 19.

Villanyos orvosi műszerek és készülékek, galvanizáció, faradizáció, elektrolyse, katóphorese, kaustika, endoszkópia, franklinizáció. — Teljes Röntgen-berendezések, kapcsolható központi fényvezetékhez, akkumulátor-áramhoz vagy meglévő erőberendezésekhez.

Árjegyzék ingyen.

„Walther“-féle  
**Elixir Condurango peptonat.**  
„Immermann“-  
**Kiváló stomachicum.**



Kitűnő hatásának elismerve mindennemű gyomor-bántalomnál, emésztési zavaroknál, dyspepsiánál stb. Ajánlva számos hírneves szaktekintély által.

Stöhr titkos tanácsos, Kissingen a következőket írja:  
„A mindennapos praxisban a lehető legnagyobb becsű, különösen öregebb egyéneknek és olyanoknak, kik idült bajban szenvednek.“

Csak gyógyszerárakban kapható. A hol nincs raktáron, kérem annak hozatalát sürgetni. Mintán készítményeim ismételt utána nézve lesznek, igen kérjük ezeket **Eredeti Walther** alatt rendelésnél külön megemlíteni.

Irodalom és próbaüvegek mindenkor szívesen állnak rendelkezésre.

Egyedüli készítő  
**F. WALTHER, Chem.-pharm. Laboratorium**  
STRASSBURG, Elsass, Rheinziegelstr. 12

Tulajdonos: **Walther F. özvegye, Dr. H. Kern,** gyógyszerész és vegyész.  
Nagybani raktár Magyarország részére **Török József** gyógyszerészénél és **Thallmayer & Seitz**-nél Budapesten. 3354

„Helfenberg jelzésű“  
**Liquor ferromangani peptonati**  
**Liquor ferromangani saccharati**

A jelenkor legizletesebb és legemészthetőbb, elismert hatású vaskészítménye

## REGULIN

természetes szer a székletét szabályozására.

## VALOTIN

egy kellemes ízű idegerősítő szer, a baldriangyökér új medicatioja.

**A. Kremel, Adlerapotheker,**  
Wien, XIV., Märzstrasse 49, 3321

**Málnási**  
**Mária-**  
**forrás**

A légzési szervek bántalmánál és emésztési zavaroknál páratlan hatású. Gyomorégést azonnal megszüntet.

Főraktár: **ÉDESKUTY L. BUDAPEST.**  
Budapesti képviselő: 3398  
**Nádas Márton.**  
Természetes alkális és savanyúvíz. —  
Kútkézelőség: Brassó.

**Világhírű**  
**VICHY** -források.  
A francia állam tulajdona.

== Igazgatóság: Paris, 24 Boulevard des Capucines 24. ==

**Elsőrendű orvosi tekintélyek ajánlják!**

**Célestins-forrás:** Vese- és hólyagbajokban, köszvény és diabetes ellen.

**Grande Grille:** Májkólika és epekő ellen, alhasi pangásoknál.

**Hôpital:** Valamennyi dyspepsiás bántalom ellen.

**Forrástermékek:** **Fürdő-, ivósók és pastillák.**

Kapható minden ásványvízkereskedésben és gyógyszerárban. Csak akkor valódi, ha a címken és dugóborítékon a forrás neve rajta van.

**Tessék pontosan a forrást megnevezni.**

1815

# KELETI J. BUDAPEST,

Főüzlet: IV., Koronaherceg-utca 17.

## orvos-sebész-, mű- és kötszer-gyáros

Gyár (villanyerőre berendezve) IV., Koronaherceg-utca 14.

Gyáram különlegességei:

Teljes kórházi berendezések, orvossebészeti műszerek, cs. és kir. szab. sérvkötők, orthopaediai gépek, villamos orvosi készülékek, kapcsoló táblák (külföldi gyártmányoknál 30%-kal olcsóbbak), műszerszekrények, műtő- és vizsgáló-asztalok, mosdók, irrigátor-állványok, gőz-sterilizátorok köt- és műszerek részére, stb.

== Kezdő orvos uraknak teljes műszerberendezéseket szállít részletfizetés ellenében. ==

Műszerjavítások, dynamo-nikkelezések, angol működőszörülések jutányos áron elvállaltatnak.



# ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben. Folytatták: Antal Géza és Högyes Endre.

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

LENHOSSÉK MIHÁLY EGYET. TANÁR ÉS SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. TANÁR,  
FŐSZERKESZTŐ.

**Mellékletei:** SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében 4 szám. GYNAEKOLOGIA Tóth István és Temesváry Rezső szerkesztésében 4 szám. ELME- ÉS IDEGKÓRTAN Babarczy Schwartzert Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3—4 szám. — Egyéb tudományos mellékletek.

## TARTALOM:

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

- Verebélly Tibor: Közlemény a k. m. t.-egyetem 2. sz. (Réczey Imre tanár, udv. tanácsos) sebészeti klinikumából. A cseplez csavarodásáról. 601. lap.
- Arany S. Zsigmond: A gyomorékély belorvostani kezelése. 603. lap.
- Elfer Aladár: Közlemény a kolozsvári belorvostani klinikáról. (Igazgató: Purjesz Zsigmond dr. egyetemi tanár, udvari tanácsos.) Megfigyeléseink a Röntgen-fény-nel gyógykezelt fehérvérűség-esetekben. 604. lap.
- Taraga. Kóssa Gyula: Régi magyar betegségek. 608. lap.
- Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Dubois: Die Einbildung als Krankheitsursache. — Lapszemle. Gyógyszertan. Zernik: Újabb gyógyszerek és titkos szerek. — Belorvostan. E. Grawitz: Az Addison-kór. — Veil: A légzés szaporasága a typhusban és a miliáris gümőkórban. — Perutz: A hasi arteriosclerosis (angina abdominis). — Idegkórtan. E. Meyer: Hysteria és rokkantság. — Kroner: A

- patellainreflex kiváltásmódja. — Sebészet. Israel: A tuberculosis miatt végzett vesekiirtások végeredményei és néhány diagnostikai észrevétel. — Orthopaedia. Kofmann: A pes varus paralyticus műtétének egyszerűsített módszere. — Gyermekorvostan. Croom: A hangyasav használata a diphteria gyógyításában. — Sittler: Az angolkór összehasonlító gyógyszeres kezelése. — Bőr-kórtan. H. Vörner: Oedema cutis factitium esete. — Venereás bántalmak. Rothschild: A syphilisre vonatkozó adatok Amerika belsejéből. — Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Weissbart: Szer angina pectoris ellen. — Bardet: Pertussis gyógyítása. — Grace Calvert: Szer vérköpés ellen. — Breitenstein: Szer diureticum gyanánt. 609—613. lap.
- Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi újság. 613. lap.
- Vegyes hírek. — Pályázatok — Hirdetések. 623. lap.
- Tudományos társulatok és egyesületek. 614—617. lap.
- Mellékletek F. Hoffmann-La Roche et Cie cég „Sirolin“ készítménye.

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a k. m. t.-egyetem 2. sz. (Réczey Imre tanár, udv. tanácsos) sebészeti klinikumából.

#### A cseplez csavarodásáról.

Irta: Verebélly Tibor dr., tanársegéd.

Az ileusnak nevezett tünetcsoport bonczolástani analysisénél mondhatjuk a legelemibb sebészeti szabály a sérvkizáródás felvétele. Továbbmenve, e törvénynek éppen nem logika nélküli alkalmazása az, hogy az ileus képében kóriséménket szükségképen irányítja, befolyásolja az előzményben felemlített vagy váratlanul talált, látszólag nem kizorult bármilyen sérv. Igazolja ezt nemcsak a sérvkizáródásnak abszolút, az álmegoldásnak viszonylagos gyakorisága, hanem a sérvek bonczolás- és kórtanának tapasztalatiilag beigazolt számos mozzanata. A sérv, mint olyan, okozhat a hasúri szerveken elváltozásokat: összenövéseket, hegesedéseket, melyek heveny vagy idült ileus kifejlődésére vezethetnek; a heges lenövés szögletbetöréssel, csavarodással, retrograd kizáródással, az álszalagos leszorítás, a bélszűkület (*Borszéký*) azon folyamatok, melyek itt számba jönnek. Másfelől tény az, hogy a sérv, mint a hasüreg egy részlete, részt vesz, sőt mechanikai viszonyainál fogva fokozott mértékben osztozik a hasüreg elváltozásaiban: az exsudatív gyuladások, a vérömlenyek, a tympanites — legyenek bármilyen eredetűek — megjelennek a sérvtömlőben is s utánozhatják — bár tökéletlenül — az incarcerationatiós ileust. Nem a beavatkozás szükségességét teszik kérdésessé, hanem a behatás mikéntjét befolyásolják helyes vagy téves irányban e tények s bizonyítják azt, hogy a hasúri sebészeti diagnostika a legteljesebb mértékű pontosság mellett is ez idő szerint még hiányos.

Az egyetemi 2. számú sebészeti klinikumra az elmúlt hetekben került kizárt sérv kóriséméjével egy eset, melyet főnököm, Réczey tanár érdekesnek ítélte arra, hogy eltekintve nagyobb irodalmi tanulmánytól vagy elméleti fejtegetésektől, lényeges olda-

laírol megvilágítva, összefoglalva ismertessek.<sup>1</sup> Legyen szabad e megbízásáért köszönetemet lerónom.

K. L. 35 éves, nős házastest, évek hosszú sora óta viselte jobb oldali lágyéksérvét, a nélkül, hogy ez neki a legkisebb kellemetlenséget okozta volna, a mennyiben az állandóan hordott sérvkötő a sérvet tökéletesen visszatartotta. 48 órával felvétele előtt este kuglizott, s egy lökés után, melynél előretartott bal lába körül, felső testét erősen megcsavarta, hirtelen heves, szűró-csikaró hasfájás lepte meg, úgy hogy a játékot abbahagyta; sérvén azonban sem ő, sem a megkérdezett orvos kizáródást nem talált. Minthogy a fájdalmak nem enyhültek, sőt 36 óra múlva a betegen az elesettség jelei, szék- és szélzsorulás, csuklás, hányás-inger mutatkoznak, orvosa tanácsára klinikánkra vettette fel magát a következő jelenállapottal.

Erőteljes, kissé elhízott férfibeteg, a kinek puffadt hasa mindezzel, de legelőképpen a jobb hypochondriumban fájdalmas; az alhasi tájék s az egész borék bőre vízenyősen beszűrődött. A tapintás a reflectoriusan beálló hasfalösszehúzódnak folytán igen megnehezített s csupán azt mutatja kétségtelenül, hogy az egész jobb hasfél a balhoz képest ellentállób, merevebb; kopogtatási hangja tompultan dobos. A férfüköllyi jobb oldali lágyéksérv feszesen duzzadt, de nyomásra könnyen eltűntethető, a mikor is a megvastagodott sérvtömlő üresnek tapintható; a kapuba vezetett új ellentállásra nem talál. A végbél üres, a hólyagban kevés tisztá vizelet; a pulsus 140, fonalszerű, a légzés felületese, a hőmérsék 39 C°.

A műtét szabályszerű sérvmetszéssel indult meg, a melynél a savósan beszűrődött, vaskos falú tömlőből tisztá vér ömlik, minden más tartalom nélkül. A belső sérvkapun át benyúlva, a szabad hasüregben a nagy cseplez alsó csúsa tapintható mint apró porc kemény göböcskéből álló merev lemez. E lemez kihúzza, kékesvörös, itt-ott fibrin-csafatokkal s apró alvadékdarabokkal fedett. E lelet alapján felhaladó hasmetszéssel tártak fel a hasüreg; ily módon kiderült, hogy a csepleznek egész, teljesen szabad, le nem nőtt, zsírdús lemeze sötétvörös, merev göbös, vörös tömeggő lett, mely a haránt remese alatt hiányknyi köteggő csavarodott össze. A csavarodás helye fölött a cseplezt több köteggő leköttve harántul eltávolítottuk; a remese és vékonybél belöveltek, de simán fénylők. A hasüregtet a sérvtömlő kiirtása után rétegesen, alul Bassini szerint zárjuk.

A lefolyás zavartalan. A fájdalmak reggelre megszűntek, a has meglapadt, miután glycerinbeöntésre bőséges széketet jelentkezett. A műtét utáni napon a hőmérsék 39—39.2-re emelkedett, másnap 38.4-re, harmadnap 36.6-re süllyedt; a további két hétben még háromszor észleltünk 38.6-ig való reggeli emelkedést, a nélkül, hogy a seb részéről a legcsekélyebb zavar mutatkozott volna. A beteg a 21. napon gyógyulttan távozott.

<sup>1</sup> Az esetet Widder Bertalan dr., ki a betegnek az első orvosi tanácsot adta, ismertette röviden a „Gyógyászat“-ban.



A kiirtott csepleszdarab jó három férfitenyérnyi lemez, a hájas, kissé rarefikált cseplesz jellegzetes képével. Kisebb-nagyobb zsírlehenyéké foglalnak helyet a gyűjtőerekben bővelkedő kötőszövetes lemezben, melyet 1—3 cm. átmérőjű, szabálytalan alakú hézagok tesznek ablakozottá. A lehenyek mind duzzadtak, tömöttek, merevek, átlátszatlan kékesvörösek, mintegy köleskásaszemekből alkotottak; a gyűjtőerek pedig legkisebb ágaikig duzzadásig teltek kékesvörös véralvadékkal. A cseplesz eredése helyén az egész lemez élesen balról jobbra csavarodott, úgy hogy 6 cm. hosszú darabján egész állománya ötszörös csavarulatot mutató, 2 cm. vastok, tömött hengerré alakult át. Sem a zsírlehenyék állományában, sem a vívőerek mentén, sem az egyes csavarmenetek között kötőszövetes vastagodás vagy összenövés nem mutatható ki; itt-ott apró véralvadékok vagy tapadó fibrinlemez-kék borítják a felszínt.

Egy régen sérvess egyénnél hirtelen, közvetlen behatás nélkül ileus tünetei jelentkeznek, a melyek harmadnapra a sérvre is kiterjedő általános hasúri folyamattá alakulnak. Az ilyen állapotban behozott beteg „appendicitis in hernia” kórismével kerül sürgős beavatkozásra, a mely képbe legtökéletesebben beillik a hirtelen kezdet, a közepsúlyosságú bénulásos ileus, a sérv másodlagos jelentőségű elváltozása, az alhas jobb oldalának tompulatos resistentiája és a láz. A műtét a tünetek okául a cseplesz csavarodását mutatta ki, azon körképet, melynek pathológiáját és tünetét *Oberst* 1882-ben közölt első esete óta, *Scudder*, *Pinches* és *Corner*, *Smoler* és *Payr* legújabb eseteit is beleértve, 50 idevágó eset adataiból ismerjük.

Ismerjük a betegség kórboncolástani képét, mely a cseplesznek magának, a szabad hasüregnek és a gyomorbélhuzamnak elváltozásaiából szedődik össze. A cseplesz elváltozásai egyfelől a keringési zavarok: kezdve az egyszerű pangásos vérbőségtől, a thrombosisoktól, a véres tömüléstől és vérzésektől az elszórt szigetszerű vagy kiterjedt elhalásig; másfelől lobosodás a hyperaemiából fejlődő serofibrinosus felrakódásoktól az eves üszkösödésig, illetve a sequestratioig, a kötőszöveti heges megkeményedésig. A hashártya következményes reakcióját a véres-savós folyadék, vérömleny a hasüregben, általános savós-rostonyás, illetve genyes-eves gyulladás, s ezeknek gyógyulásából fejlődő sokszoros összenövések jelzik, melyek olykor teljes betokolódásra vezetnek (*Wiesinger*). A gyomorbélhuzamban végre pangásos-emboliás eredetű vérzéseket, fekélyesedéseket irtak le (*Eiselsberg*, *Moresco*). Ismerjük a csavarodás alaki viszonyait, s több, részben kísérleti alapon álló elmélet szól a csavarodás okáról, létrejöttének mechanizmusáról. Ismeretesek végre az ezek alapján kifejlődő, de mégis legkevésbé sem jellegzetes klinikai tünetek: a hirtelen keletkezés, a fokozatosan lassan súlyosbodó bénulásos ileus, illetve a hashártyagyulladás, legtöbbször sajátságos sérvkizáródással, a kikapintható s tompulatos adó dudoros daganat, a kísérő fájdalmak, a láz és az elesettség.

Nem fűzhetünk ezekhez leírt esetünk kapcsán új részleteket, de nem is kívánjuk a sokszor összefoglalt irodalmi adatokat tárgyalni. Csupán esetünk helyét akarnók a röviden vázolt keretben megszabni, s azon főmozzanatokat kiemelni, melyekben ezen eset az itt elmondottaktól eltér.

A csepleszcsavarodásnak eddig ismertett esetei között a legfeltűnőbb különbséget az adja, hogy az esetek egy részében a csavarodással egyidejűleg sérv is volt jelen, míg más részében nem. Ez vezette *Payr*-t (1906) arra, hogy a casuistikát rendszerbe foglalva, megkülönböztessen: intraabdominális, intraherniosus és komplikált jellegű csavarodásokat. Felosztása helyes mindaddig, míg tisztán helybeli jellegű marad; valamely csavarodott cseplesz a csavarodás kifejlődése után csakugyan feketik a hasüregben, lehet a sérvben, de lehet csavarodva a sérvben lévő és hasúri darab együttesen is. Nem tartjuk azonban logikusnak, ha *Payr* ezen beosztásában a csavarodás mechanizmusát akarja érvényre juttatni; mert nem az a lényeges, hogy csepleszcsavarodás mellett van-e véletlenül, mint mellékes lelet, szabad, üres sérvtömlő is. Igen erőszakolt a kétes értékű anamnesist — mely gyanút kelt arra, hogy a csavarodás a sérvben indult meg — használni felosztási alapul. A kifejlődött csavarodásra nézve első sorban az állapítandó meg, hogy a csavarodott részlet a hasüregben van-e, vagy nincsen, s csak a mechanizmus bírálatánál juthat számításba a jelenlévő sérv. Ilyen értelemben esetünk tisztán intraabdominális elhelyezését, s mint ilyen sorakozik *Simon*, *Riedel*, *Payr* és mások esetei mellé.

Ugyancsak pathogenetikai jelentőségű kíván lenni *Pretzsch* (1906) rendszere is, a mely a csepleszcsavarodásokat a szerint osztályozza, hogy volt-e a csepleszen a csavarodást megelőzőleg valamelyes peritoneális összenövés vagy nem, s megkülönböztet nem lenőtt, lenőtt és komplikált csepleszcsavarodásokat. Tény, hogy a mechanizmus magyarázata más kell hogy legyen, ha az egyik esetben csak az egyik végén felakasztott, egyébként szabadon csüngő, a másik esetben pedig a mindkét végén rögzített, esetleg többszörös összenövés által módosult csepleszről van szó. De a cseplesz előzetes változásai közül nem a lenövés az egyetlen, mely egyfelől a fejlődést módosítja, másfelől a csavarodásra bizonyos mértékben hajlamosítani látszik. Ha a csepleszcsavarodásokat az elősegítő, hajlamosító tényezők alapján kívánjuk rendszerbe foglalni, szükséges e tényezőket egyenként tekintetbe venni, s azt mondani, hogy: a csavarodás létrejöttében eddigi ismereteink szerint szerep juthat a) annak, hogy a cseplesz csavarodásánál létrejött idején volt-e előesve esetleg leszorítva sérvben vagy nem? Az előbbi esetben nemcsak a sérvben való rögzítés, hanem a visszahelyezésnél bekövetkező csavaró, forgó mozgás is számításba jön, a mint azt *Hohenegg* kiemeli. b) Volt-e a cseplesz valahol, akár a hasfal valamely helyén, akár a sérvtömlőben (*Oberst*, *Bayer*, *Riedel*), akár valamely hasúri szervhez: petefészekhez (*Payr*), daganathoz (*Simon*), ectopikus heréhez (*Payr*) rögzítve, vagy nem. Mindkét esetben a lenövés okozta rögzítés a két csücskén megfogott s körülcsvart kendő mechanizmusát létesítheti (*Bayer*); az előbbi esetben pedig a cseplesznek mint kocsnának csavarodása másodlagos lehet a daganat vagy szerv csavarodása folytán (*Payr*). c) Volt-e a cseplesznek alsó csavarodott részlete daganatszerűen elváltozva azáltal, hogy a distális részlet zsírlehenyei túltengenek, avagy az alsó részek heges-kötőszövetesen elfajulnak, összenőnek, összetapadnak. d) Végre kifejlődött-e a cseplesz proximális részén, akár a csepleszszövet ritkulása, akár a harántremese alatti rész heges zsugorodása folytán a kocsnának bizonyos neme, a melyen a distális ép vagy daganatszerűen elváltozott részlet csüng. Az eddig ismert eseteknek elenyésző kis része az, mely ezen vázlatba be nem illik, a melynél egy addig teljesen ép, le nem nőtt, viszonylagosan túl nem tengett, nem kocsnányosodott cseplesz csavarodik. Az irodalomban talált néhány eset mellé mint ilyen sorakozik a mi esetünk is. Hogy a csavarodás pillanatában nem volt-e a cseplesznek alsó csücske a sérvkötő által a sérvkapuba csípve — s így nem volt-e a cseplesz mégis két végén rögzítve —, nehéz volna megmondani. Kétségtelen továbbá, hogy a belek mozgása is szerepelhet a medencében, de akár a hasüregben is ilyen rögzítő tényező gyanánt.

A csavarodás tulajdonképeni okát illetőleg czélszerű *Pretzsch* nyomán külső és belső okokról beszélni, melyeknek szerepét azonban inkább elméleti okoskodás alapján állapíthatjuk meg. Feltűnő, hogy az esetek legnagyobb részében a törzs csavarásával, egyoldalú megterhelésével, a hasizmok nagyobb kifárasztásával járó valamely hirtelen testmozgást találunk az anamnesisben feljegyezve: nehéz testi munka (*Zeller*), nagyobb teher emelése, (*Baracz*, *Simon*), kerékpározás (*Walther*), tánczolás (*Pretzsch*), köhögés (*Trémolières*), kuglizás (saját esetünk). Valószínűnek tartjuk, hogy ezek megindító tisztán mechanikai alapon a csavarodásnak; ezek folytán az izmok nyomása alatt fordul meg az ép vagy akár kórosan változott cseplesz, annyira, hogy érvényre juthatnak a *Payr* által kísérletileg beigazolt azon keringési zavarok, melyek azután a csavarodás fokozódását, kifejlődését vonják maguk után. Egyszer beható külső tényező nem elégséges a többszörös csavarodás fejlődésének magyarázatára, viszont a keringési zavar bekövetkezése valamely külső behatás nélkül alig képzelhető.

A csavarodás kiterjedhet a cseplesz egész tömegére, mint esetünkben, de szorítkozhatik annak distális elváltozott részletére, kisebb kötegeire (*Heitz-Bender*), sőt akár a retrograd incarcerált cseplesz legvégső hasúri csücskére (*Meerswein*) is.

A csavarodás történhetik a cseplesznek egy körülírt helyén, a hol azután a csavarulatok száma 1—6 közt változhatik (esetünkben 5 volt); leggyakrabban (*Payr*) egy vagy kétszer 360°-os a csavarodás. De egyazon cseplesznek két különböző helyén is találhatunk csavarodást, ha a két végén rögzített cseplesz tömege fordul meg e két rögzítő pont között vont tengely körül, a mikor is a rögz-



zítő pontok szomszédságában fekvő csavarulatok ellenkező irányúak. (Baracz, Bayer.)

Klinikailag az intraherniosus csavarodás a heveny sérvki-záródás vagy irreponibilitás képében folyik le, s nincs egyetlen tényező sem, mely a jellegzetes cseplezkizáródás mellett a csavarodást gyaníttatná. All ez azon esetekre is, mikor a sérvbeli csavarodással egyidejűleg a hasüri darab is csavarodott, mert az, hogy a sérvbeli cseplezsdaganat az ondózsínór mentén köteg útján összefügg valamelyes hasüri daganattal, mint azt Pretsch hangsúlyozza, igen kétes értékű tünet. Az intraabdominális csavarodásra nézve ugyancsak Pretsch az ileus kórképét, a kór-előzményben szereplő taxist és az alhasban hirtelen fejlődő, könnyen mozgatható, dudoros, tömött daganatot tartja jellegzőnek; kiemeli azonban, hogy a kórisme az appendicitissel, epiploitis-sal, hasüri daganattal és tályoggal, hereleszorítással, volvulussal, invaginatioval szemben így is alig lehetséges. Tegyük hozzá, hogy az ilyen körülmények között fejlődött ifeüs heves, általános tüneteivel — a kifejezett elesettséggel, s kivált a magas lázzal — nem arányos a bennlázó béllezáródásnak foka: a bélműködésnek nem teljes megszűnése, idült lefolyásra, sőt (Payr) javulásra való hajlandósága.

Épen ez a súlyos általános reactio a szervezet és a hasüreg részéről: a láz és a hashártyagyulladás teszi a csavarodásnak legnehezebben magyarázható két tünetét. Igaz, hogy Friedländer-nek sikerült macskákon aseptikusan végzett teljes cseplez-lekötéssel 48 óra alatt halálos genyes hashártyagyuladást előidézni, a mit ő a lekötés okozta bélhűdésre vezet vissza. Esetünkben azonban teljes cseplezselhalásról, úszkösödésről, de még oly súlyos bélhűdésről sem lehet szó, hogy a már 36 óra múlva beállott magas láz s a hashártyának kétségtelenül fennálló savós beszűrő-dése mint lobos reakciók meg volnának magyarázva. Sokkal való-szerűbbnek kell tartanunk, hogy a peritoneális jelenségek tisztán keringési zavarok: pangásos vérbőség, vérzések és savós átívó-dás képében indulnak meg, s hogy a láz kezdetben felszívódások — nevezzük aseptikus — láz, mint az egyéb zárt vérdaganatok-nál (pl. töréseknél) is észlelhető s a melyet itt sokkal hevesebbé tesz az, hogy a felszívó felület aránytalanul nagyobb. Csak később, az említett idültabb lefolyás esetében következik be a szabad vér-gyülelemnek másodlagos fertőzése haematogen vagy enterogen úton, a mi azután tényleges gyuladást indít meg.

A mi a gyógyítást illeti, akár ha — a jövőben figyelmessé téve — a kórképet felismernünk sikerül, akár ha más kórismével mű-téve, ileus képében efféle elváltozásra találunk, csakis a csavaro-dott cseplez kiirtása lehet. Az eset bonczolástani viszonyaitól függ, hogy a behatolás sérvmetzés, vagy oldalsó illetve középvonali hasmetzés útján történjék-e. Igaz, hogy csabításnak látszik Wal-ther és Sonnenburg ajánlata, hogy heveny esetekben elégséges a csavarodás megszüntetése, s ha e közben a cseplez keringési viszo-nyai helyreállnak, felesleges a cseplez kiirtása. Minthogy azon-ban egyfelől sérvmetzéseknél, kivált nagy lenőtt köldöksérvek műtévesénél klinikumunkon is ismételtén tett tapasztalatok szerint akár az egész csepleznek kiirtása sem jár semmiféle követke-zményen; minthogy másfelől nincs semmi mérték arra, hogy a csepleznek fennálló elváltozása még a keringés megjavulása esetében is nem bevezetője-e az elhalásnak, s hogy az erek thrombosisa nem lesz-e kiinduló helye súlyos következményű emboliáknak, mindezeket tekintetbe véve, a conservatismust ez irányban nem tarthatjuk indokoltnak. A gyakorlat egyébként igazolja, hogy a gyökeres műtéti beavatkozás eredménye minden tekintetben ki-elégítő; a casuistikában említett néhány haláleset (Trémolières, Zeller, Monod, Bender és Heitz, Eiselsberg, Moresco) részben a műtéti beavatkozás elkésett voltának, részben esetleges szövödmé-nyeknek tudandó be.

### A gyomorfekély belorvostani kezelése.

Irta: Arany S. Zsigmond dr., Karlsbad-London.

A modern sebészet haladása lehetővé tette, hogy oly gyomorfekélyek és szövödmények, a melyeket néhány év előtt még teljesen reáánytelennek tekintettek, sebészi úton nemcsak kezelhetők, de teljesen meg is gyógyíthatók. Tagadhatatlan, hogy sok ember az életét a sebész ügyességének és korai beavatkozá-

sának köszönheti, de viszont igaz az is, hogy a sebészi beavatkozás, ha még annyira lege artis végeztetett is, közvetlen halál-oka volt sok oly betegnek, a ki megfelelő belorvostani kezelés mellett felgyógyulhatott és elég magas kort érhetett volna el.

Alig van néhány éve, hogy az appendicitis sebészi keze-lése felszínre került és ma már tapasztaljuk, hogy az operatív eljárás oly általánossá vált, hogy a vakbélgyulladás belorvostani kezelése úgyszólván divatját multa. Ma már az nőtte ki magát divattá, hogy az orvos minden betegnek, a kin az appendicitis-nek egyik-másik tünetét látja, azonnal az operatiót ajánlja. És mi ezen eljárás következménye? Az, hogy az eseteknek egy harmadában a sebész azt találja, hogy az appendixnek semmi baja sem volt; az esetek második harmadában a lelkiismeretes műtő be fogja vallani, hogy a vakbél olyan állapotban volt, melyet belorvostanilag épen olyan sikeresen és minden bizonynyal kisebb veszély árán lehetett volna gyógyítani; végül az esetek hátra-levő harmadában a műtő nyugodtan állíthatja magáról, hogy szükség volt a sebészeti beavatkozásra.

Épen olyan nagy hibának tartom azon beteg megoperálását, a kit belorvostanilag sikeresen kezelni lehet, mint az operatio halogatását oly esetben, melyben a belorvostani kezelés siker-telennek bizonyult. Az appendicitis műtétét ultima rationak tar-tom és ugyanaz a véleményem a gyomorfekély műtétéről.

Ez utóbbi baj sebészi kezelését különösen Angliában kap-ták fel és erre vonatkozó megjegyzéseimet ott a helyszínen meg is tettem,<sup>1</sup> de mivel az operatiós düh nem ismer sem határt, sem hazát, szükségesnek tartottam, hogy itthon is szóvá tegyem ezen kérdést.

A gyomorfekély sebészi kezelése nézetem szerint *ultima ratio*-nak tekintendő és javalatai a következőkben foglalhatók össze:

Az operatio javalva van, ha a beteg élete veszélyben forog 1. csillapíthatatlan vérzés, 2. átfürödés, 3. inanitio miatt, mely utóbbi a legtöbb esetben összenövések és zsugorodások folyománya.

Nemrégén<sup>2</sup> Mayo Robson azon állítását bocsátotta világgá, hogy az ulcus egyedüli sikeres gyógymódja a gastroenterostomia; a London Temperance Hospitalban a belorvostanilag kezelt eseteknek ugyanis csak 25%-a gyógyult meg. Ez csakugyan igen silány ered-mény és nem is magyarázhatom másképen, mint hogy az emlí-tett anyag a lehetőleg legrosszabb indulatú esetek collectioját képviselhetette, mivel nagytapasztalatú klinikusok, mint Leube, Ewald stb. statisztikái 50—70% gyógyulást tüntetnek fel.

Mayo Robson azonban még tovább megy, a mennyiben azt mondja, hogy még a kórházi gyógyult esetek sem vehetők tekin-tetbe, mivel a betegek távozása után csak a legritkább esetek-ben kapunk hirt hogylétük felől. Ez utóbbi állítás csakugyan igaz, miért is Mayo Robson hallatlanul kedvezőtlen statisztikájával szemben saját statisztikámat leszek bátor a következőkben adni azon megjegyzéssel, hogy ez utóbbi csupán oly eseteket tartal-maz, melyek huzamosabb ideig állottak kezelésem alatt és jelen-leg is megfigyelésem tárgyát teszik, nem véve tekintetbe (oly betegeket, kiket mint consiliarius csak 1—2-szer láttam:

Eseteim száma 82, és 2—10 évig állottak megfigyelésem alatt. Közülük 11 meghalt a következő betegségekben: 6 carcino-mában, miután 4—7 évig meglehetősen egészségnak örvendett; 2 körülbelül 1½ év múlva csillapíthatatlan vérzés miatt operationak vetette magát alá és a műtét után azonnal meghalt; 1 diabetesben, 1 perforatióban és végül 1 apoplexia következté-ben halt meg. A fennmaradó 71 elég jó egészségnak örvend, igaz ugyan, hogy egy részének nagy gondot kell fordítania a diatájára és időközönként kezelésre is szorul, de másképen van-e ez azon betegnél, a kin gastroenterostomiát végeztek? Oly kifogástalanná válik a megoperált betegek emésztése és közérzése mint az egészséges egyéneké? És végül kizárja-e a gastroentero-stomia a recidivát?

Ha a belorvostani kezelés nem sikeres, annak főképen 3 oka van: 1. a baj késő felismerése, 2. a helytelen kezelés, mely alatt a kezelés tartamának rövid volta is értendő, 3. a betegek könnyelműsége és engedetlensége.

<sup>1</sup> The Medical Treatment of Gastric Ulcer. The Medical Press, London, 1907 április.

<sup>2</sup> British Medical Journal, 1906 november.



A gyomorfekély *diagnosisa* nem olyan könnyű, mint azt a tankönyvek feltűntetik. Az iskola arra tanított bennünket, hogy a beteg körülírt helyen nagyon heves fájdalmat érez, mely leginkább röviddel az étkezések után szokott jelentkezni, a jobb hypochondriumban lokalizálható és rendszeren hányással végződik. De mennyi más betegségben találkozunk ugyanezen symptomákkal? Nem látjuk-e ugyanezen tüneteket közösleges gastralgiaiban, ideges dyspepsiában, epekölikában és nephrolithiasisban.<sup>1</sup> Nem mutatja-e a gyomorrák kezdetleges szaka is ugyanezen tüneteket?

De a tankönyvek még két igen fontos tünetet említenek, t. i. a hyperchlorhydriát és a haematemesist. Az előbbi csakugyan olyan tünet, mely az esetek túlnyomó többségében állandó kísérelője a bajnak, de azért mégsem tekinthető conditio sine qua non-nak. Ewald eseteinek csak 35%-ában állapított meg hyperchlorhydriát, míg 57%-ban az aciditást normálisnak és 9%-ban subnormálisnak találta. Az én 82 esetem közül 68-ban vizsgáltam meg az aciditást és 63 esetben hyperchlorhydriát és 5 esetben normális aciditást állapítottam meg. Végül a mi a haematemesist illeti, gyakran az egyedüli tünet, mely felvilágosítja az orvost a baj természetéről, de azért gyakran megesik, hogy a vérzés is elkerüli a figyelmet, mert némely esetben a kihányt vér nagyon kevés, más esetben hányás egyáltalában nem fordul elő és az ürülék nem figyelik meg.

A palpationnak csak nagyon alárendelt szerep jut a gyomorfekély felismerésében és nagyon ritkán enged a fekély székhelyére következtetni, minek oka főleg a betegek hyperaesthesiájában keresendő.

Ha a tankönyvek nem is látnak el bennünket elégséges felvilágosítással, tapasztalatból tudjuk, hogy a gyomorfekélyben szenvedő betegek ritkán oly cachexiások, mint a rákos betegek és nagyon gyorsan magukhoz térnek, mihielyt a heveny tünetek megszűnnek. Étvágyuk rendszerint nagyon jó, nyelvük tiszta és szájjuk nem oly kellemetlen, mint a dyspepsiában és carcinomában szenvedők. Nagyon jellegzetes az evéstől való félelem, mely ellentéte az egyéb gyomorbajokban előforduló ételundornak. Ezen apró részletek tekintetbe vétele és a kardinális symptomákhoz való sorozása nagyban megkönnyíti a baj korai felismerését.

A betegség heveny szakában a betegnek 8—10 napig ágyban kell maradnia, mivel csakis teljes nyugalom csillapíthatja a fájdalmat és a vérzést. A mellett alkalmazásba hozom a jégtömlőt és a beteggel jeget nyeletem. Ez rendszerint elégséges a vérzés megszüntetésére, ha azonban mégsem szűnne meg, 1 cm<sup>3</sup> 0.1%-os adrenalin-oldatnak a bőr alá fecskendezése bizonyára célra vezet. A jégtömlő helyett Leube és mások melegalkalmazásokat ajánlanak, melyeket azonban csak a kezelés második felében szoktam használni. Jó hatással van a betegség lefolyására a magist. bismuth. adagolása, melyet először Matthes és utána Kussmaul és Ewald hozott alkalmazásba. Ewald igen nagy adagokat ajánl, ú. m. 20 gm.-ot naponta, még pedig vizes oldatban; nézete szerint a gyógyszer huzamosabb ideig veendő és még akkor sincs rossz hatással a betegre, ha a kezelés folyamán 600—800 gm.-ot fogyasztott el belőle. Matthes szerint a bismuth védőhártyát alkot a beteg gyomorfallal felületén és így megóvjaa a további sérülésektől.

Ugyaníly célzattal ajánlja Cohnheim olajkúráját, melyet a betegek kevésbé jól tűrnek, mint a bismuthot, de kétségtelen, hogy az olaj nagyban lefokozza a hyperchlorhydriát és azonkívül mint tápanyag is tekintetbe jöhet.

A kezelés 3. vagy 4. napján a jégtömlőt hideg borogatásokkal váltom fel, melyek óránként változtatandók. Ugyanazon napon a beteg, a ki mostanig csak per rectum tápláltatott, kis mennyiségű tejet kap (ajánlatos a hideg felforralt tej), vagy ha nem tűri, bouillont. A tej vagy bouillon mennyisége ne haladja meg az 1 litert naponként és maradjunk meg ezen mennyiség mellett legalább 3—4 napig.

Az első hét végén a beteg Leube szerint enyhe karlsbadi kúrához foghat. Leube egy vizespohárnyi langyos Mühlbrunnvizet ad a betegeknek és azt tapasztalta, hogy ez a hyperaciditást

lefokozza és gyenge hashajtóként is hat. Tapasztalatom szerint a beteg jobban tűri a forró, 50—60°-ú karlsbadi vizet, mely határozottan fájdalomcsillapítólag is hat, különösen ha kisebb adagokban, 3 borospohárnyival adjuk a betegnek, mely mennyiség két óra tartama alatt fogyasztandó el.

Most egyúttal a tej mennyiségét is fokozhatjuk és a mellett zablisztból készült sűrű levest (Haferschleim vagy az angol porridge), 1—2 igen lágy tojást is adhatunk a betegnek. A kezelés 10—12. napján a beteg teljesen fájdalommentes és rendszerint el is hagyhatja az ágyát. Ha ezen szakot elértük, a karlsbadi víz mennyiségét 3 vizespohárnyira fokozhatjuk és constipatio esetében kávéskanálnyi karlsbadi Sprudel-sót adunk az első pohárhoz. Ezen kúrát 4 hétig megszakítás nélkül folytatjuk és a kezelés negyedik hetében a borogatásokat thermophorral váltjuk fel, melyet éjjelre a beteg gyomrára helyezünk.

A táplálék mennyiségét is fokozatosan növelnünk kell, mivel a beteg rendszerint kiváló jó étvágnak örvend és szervezete csakugyan meg is kívánja a roboráló eledelt. Nagyon óvatosan kell azonban eljárunk, mivel az étellel való visszaélés és az ételek helytelen megválasztása nem egy recidivának az okozója. Ezt annál is inkább hangsúlyozom, mivel a németországi szerzők egy része még a baj leghevenyebb szakában is consistens diatétát ajánl azzal a megokolással, hogy a consistensebb táplálék kevésbé járul hozzá a gyomor kitágulásához, mint a tej és folyékony táplálék és erősebben küzd az anaemia és hyperchlorhydria ellen.

Ezen eljárás veszélyes és téves voltát sükségtelennek tartom bizonyíthatni, csupán megjegyzem, hogy eljárásom, mely szerint a beteg két hónapig tejen és tejben főtt árpán és zabdarán, rizspuddingon, halon, csirkén, sonkán és zöldfözeléken kívül semmi egyebet sem kap, valamennyi esetemben fényesen bevált.

Még a 2 hónap eltelte után is tanácsos a marha- és sertéshús, valamint a vad, a nehezebb tészták és a kenyér mellőzése. Ez utóbbinak minden neme nagy akadályokat gördít az emésztés elébe és helyesen cselekszünk, ha a glutinkétszersülttel pótoljuk.

A beteg vérszegénysége ellen a szokásos gyógyszerek helyett a levicói vizet ajánlom. Ez utóbbi vasat és arsenot oly mennyiségben tartalmaz, a melyet a szervezet könnyen assimilál. Rendszeren az erősebb forrást szoktam ajánlani és abból egy evőkanállal rendelek 3-szor naponta egy héten keresztül; a második héten ezen adagot a kétszeresére, a harmadik héten pedig a háromszorosára fokozom. Ezután az adagot hetenként csökkentem egy-egy evőkanállal és a kúra végén 2 heti szünetet ajánlok, mely után a beteg a kúrát megismételi. Két kúra rendszeren elegendő az anaemiás tünetek megszüntetésére és a beteg tápláltságának megjavítására, mivel a tej, melyben a beteg a levicói vizet az étkezések után veszi, egyúttal táplálékkul is szolgál.

Végül a baj balneologiai részével is kell foglalkoznom. A szerzők egyetértőleg Karlsbadot ajánlják. Ezen gyógyhely nemcsak égvényes- sós forrásai miatt, melyek kétségtelenül nagyfontosságú tényezők a gyomorfekély gyógyításában, ajánlandó, hanem különösen kedvező diatétás viszonyai is tekintetbe veendők. Az ulcusos beteg, a ki a heveny symptomákból felépült, még nem tekinthető egészséges egyénnek és nagyon is kell ügyelnie diatétájára. A fürdőhelyek legtöbbjén a vendéglői eledel még az egészséges ember gyomrát is megfekszi, az ulcusos betegek pedig végzetessé válhatnak. Karlsbad főképviselője azon kevés gyógyhelynek, a hol még az egészséges embernek is kúraszerűen kell élnie, mivel a vendéglősök nem főznek másképp.

Utókúrára tanácsos a beteget hegyvidékre vagy a tengerpartra küldeni és továbbra is óvatos életmódra inteni.

**Közlemény a kolozsvári belorvostani klinikáról. (Igazgató: Purjesz Zsigmond dr. egyetemi tanár, udvari tanácsos.)**

**Megfigyeléseink a Röntgen-fénnyel gyógykezelt fehérvérűség-esetekben.**

Közl: Elfer Aladár dr.

<sup>1</sup> L. S. A. Arany: Über Dyspepsia nervosa und was als solche diagnosticirt wird, Ungar. med. Presse, 1898. július; Nervöse Dyspepsie, Berl. klin. Woch., 1898. november; Nervous Dyspepsia, Medical Record, New-York, 1900. május.

III. P. F. 26 éves, nőtlen csendő, Kolozsvár. Szülei, öt testvére élnek, 3 testvére kicsiny korban halt meg. Gyermekkorában valami lázas betegségben feküdt 2 hétig, pontosabb adatokra nem emlékszik.



17 éves korában 9 hétig tartó hideglelése volt. Azóta jelen bajáig beteg sohasem volt. 1906 augusztusától gyengélkedik, hamar elfárad, lesoványodott. Azonban szolgálatát teljesítette. Szeptember elején orvost keresett fel, majd 8 napig pihent s azután ismét munkához fogott egészen november hó 29.-éig. Azonban folyton gyengült, állapotát folytonosan rosszabbodott, fájdalmak keletkeztek különösen bal hasfelében, miért is a kolozsvári kórházba került. Az itt megejtett klinikai vizsgálat s vérelet alapján, a csontvelői fehérvérűség megállapítása után, megfelelő (sol. arsen. Fowleri) gyógykezelésben részesült egész december hó 9.-éig. Ekkor torokfájása jelentkezett, miért is az arsen kihagyatott. A torokfájással egyidejűleg a nyak bal oldalán mirigyduzzanatai keletkeztek, hőemelkedése támadt, mandolái megduzzadtak, úgyannyira, hogy a torok-garatúrr igen megszűkült. A vezető orvos szívésségéből ekkor láttam először a beteget és közös megállapodás alapján december hó 28.-án a beteget kórodánkra szállítják. Ekkor a beteg jelentéke-nyen könnyebben van, a mennyiben időközben bal mandolája kifakadt, s mintegy 2 deciliternyi véres geny ürült.

Az elég jól fejlett férfibetegnél kifejezett sternális érzékenység észlelhető. Elégé lefogott. A bőr mindenütt igen halvány. A látható nyálkahártyák hasonlóképen. Idegrendszer részéről semmi eltérés. A czomb-s könyökhajlatban, a tarkótájon s a nyak alsó részén elég számos, borsónyi, kemény mirigy tapintható. A nyak bal oldalán, az állkapocsszeglet

mögött a fejbicezentő izom alá terjedőleg nagy tyúktójasnyi mirigypamat tapintható, mely alapján alig mozgatható, a bőrrel azonban össze nem kapaszkodott. Nyomásra nem érzékeny. Nyelv bevont. Lágyszájpad nyálkahártyája igen halvány. A nyelv gyökén nagyobb duzzanatok nem láthatók. A bal lágyszájpad különösen ledomborított, nyomásra érzékeny, kissé fluctuál. A duzzanat felett  $1\frac{1}{2}$  fillérnyi, szürkésen elszínesedett nyálkahártyarészlet. Közvetlenül a bal tonsilla felső határán, az uvula és a jobb lágyszájpadíven ugyanolyan nagyságú fehér lepedék, mely az alappal szorosan összekapaszkodik. Nyelés nehezített, orrhangon beszél. Mellkasi szervek felett feltűnőbb rendelkezéset nem észlelünk, kivéve a szív felett mindenütt hallható systolés zörejt. Verőerőkés száma percenként 100, feszesebb, középtelt, rhythmusos. Has elődom-borodó, benne a bal bordaív alatt sima felületű, nyomásra nem érzékeny képlet tapintható, elülső széle a középvonalat 2 harántujjal túlhaladja s ezen szabad szélén 2 mély bevágást mutat. Alsó határa a csípőtaréjig terjed, leghosszabb átmérője 52 cm., a legrövidebb 22 cm. A máj alsó széle nem tapintható. Székletét rendes, vizeletben nyomokban fehérje. Felvételtkor a hőmérsék 38 C°.

A 27.-én megejtett vörvizsgálat kissé halványabb vörösvértesteket mutat, kistokú anisocytosis, nagy mértékben megsaporodott fehérvér-sejtek, a típusos csontvelői fehérvérűségnél megszokott formákkal. (Lásd III. tábl.)

III. T á b l a.

Kelet	Terapia	A Röntgen-behatás tartama	Körlefolyás	Testsúly kgm.	Haemoglobin %	Vörös-vértest	Fehér-vérsejt	Arány	Vételezke	s z á z a l é k b a n										Megjegyzések
										Magvas vörösvérsejt		Több-magvú		Egy-magvú		Lym-phocyt		Basophil sejt	Egymagvú és átmeneti	
										neutr.	eosin.	neutr.	eosin.	neutr.	eosin.	nagy	kicsiny			
1906 XII. 27.	China-főzet	—	—	—	7.74	2.960,000	114,000	25.9:1	Elég sok	1.2	12.1	2.8	29.9	3.4	4.2	8.1	4.7	33.6	Eléggé kifejezett polychromatophilia s anisocytosis; elég sok megalocyt. Neutr. sejtek kifejezett granulatiót mutatnak	
1907 I. 3.	China-főzet	—	Könnyebben van, a baloldali nyakmirigyduzzanat teljesen visszafejlődött. Naponta 1—2-szer orrvérzés. Láztalan. Polyuria. Délután 3 órákor vérvétel	61.2	7.14	3.020,000	90,000	33.5:1	Elég sok	15.8	20	2.8	15.1	3.6	3.6	5.1	2.9	31.1	Változatos magformák a magvas vörösvérsejtekben	
I. 3—11.	25 cm. csőtáv. elektrolitikus szaktó, 2. sz., 70 Volt, 7 Ampère: 25 p., 40 p., 30 p., 45 p., 30 p., 50 p., 30 p., 30 p.	280 p.	Jól nyel. Az étvágya javul. Kevés orrvérzés. A tonsillák kicsi dionyiak. A jobb szemfenéken régebbi vérzés nyomai, a bal fenéken friss vérzés látható (Borbély dr.). A lép méretei nem változtak	63	5.97	2.720,000	38,500	70.1:1	Elég sok	10.2	19	8	3.8	19.8	3.6	3.8	10.8	1.8	27.2	Kifejezett poikilocytosis
I. 12—17	30 p., 45 p., 30 p., 30 p., 20 p. Afentimódon a lép felett végzett röntgenezés	435 p.	Időközben hig. bűzös székletét. Ricinus, diéta. A lép méretében nem változott. A beteg jobban érzi magát. A vizeletben fehérje nincs	60.1	9.54	3.360,000	15,000	223.3:1	Elég sok	16.9	24.9	3.3	11.1	2	8	1.7	11.5	3.3	25.5	Még mindig kifejezett anisocytosis. Elég sok megalocyt
I. 18—22	—	—	A beteg jelentéke-nyen megerősödött; a csontfájdalmak megszűntek. A lép méreteiben nem változik	—	11.34	3.520,000	6,500	549.2:1	Kövés	7.5	25	5	1.5	9.9	1.1	1	23.9	0.3	29.3	Kevesebb megalocyt, kifejezett anisocytosis, polychromatophilia, itt-ott szemcsés vörösvértestek. A granulomok mindenütt jól és megfelelő módon festődnek

A beteg 1907. január 23.-án távozik.

A beteg, mint a táblázatból látható, csak körülbelül 4 hétig áll ott megfigyelésünk alatt. A körlefolysból itt is a tünetek elég gyors visszafejlődését emeljük ki. A hőemelkedéssel fennálló peritonsillaris abscessus, az elég jelentéke-ny orrvérzés, majd a 435 percig tartó Röntgen-fény behatása együttes szerepét láthatjuk ezen esetünkben is. Itt is inkább a

közös behatás együttesége mellett foglalunk állást, a mit a vörvizsgálat eredménye is igazolni látszik. A nagyszámú magvas vörösvérsejt jelenléte is támogatja ezen felvételünket. A Röntgen-fényt csak a léptátra juttattuk, de annak megkisebbedését kimutatni nem tudtuk. Az észlelési időszak igen rövid arra, hogy ebben az esetben a lép terimeváltásáról



IV. a) T á b l a.

Kelet	Therapia	A Röntgen-behatás tar- tama	Kórleflyás	A beteg súlya	Haemo- globin o/o-ban	Vörös- vértest	Fehér- vérsejt	Arány	Vér- lemezke	Magvas vö- rösvérsejt	Többsmagvú sejtek		Egysmagvú sejtek		Lympho- cyta		Basophil sejt	Egysmagvú és átmeneti	Megjegyzések
											neutr.	eosin.	neutr.	eosin.	nagy	kicsiny			
1905 VI. 8. d. u. 4.	Chinafőzet.	—	A beteg erőtlen	—	8·94	2.200,000	317,500	6·2:1	Kevés	1·4	51	4·1	19	1	1·2	1·8	2	18·5	Vörösvértestek kis- fokú anisocytosist, igen kismértékű polychromatophiliát mutatnak
VI. 9—13.	"	—	Hőmérsék : 36·8—37·8 <sup>o</sup> közt ingadozó	—	9·54	2.520,000	320,000	7·8:1	"	0·2	56	1·3	11·1	1·1	0·7	1·9	2·2	25·5	—
VI. 13.	Középkemény cső, 140 cm. cső- táv, 1½ Ampère, 90 Volt. Higa- nyos szakító mellett. 31 p.	31 p.	—	—	9·54	2.652,000	517,500	5·1:1	"	0·7	45·2	1·7	22	1·1	1	1·1	1	26·2	—
VI. 14.	—	—	A tegnapi röntgenezés után 2 óra multán hirte- len borzongás kíséretében 39·5 <sup>o</sup> -ra felszökik a hő- mérséklet. D. u. 1/24-kor vérvétel	—	8·94	2.000,000	300,000	6·6:1	"	0·9	52·6	2	14·9	1·1	0·5	0·6	1·9	25·5	—
VI. 15., 16., 17.	30—30 perc Röntgenezés	121 p.	Vérvétel utolsó Röntgen előtt	—	10·14	2.120,000	250,000	8·4:1	Elég sok	0·2	48·7	2·7	23·5	0·8	0·2	0·5	2·5	20·9	—
			Vérvétel Röntgen után 30 percczel	—	10·14	2.248,000	275,000	8·03:1	" "	0·2	47·8	2·8	23·5	1	0·2	0·9	2·8	20·8	—
VI. 18.	Röntgen. 25 p.	146 p.	Röntgen előtt vérvétel	—	10·74	2.240,000	280,000	8:1	" "	—	52·2	2·1	11·3	1·3	0·6	1·9	5·4	25·2	—
VI. 19—22	20—20 perc Röntgen	226 p.	Vérvétel 22.-én d. e. 9 órakor	—	9·54	2.240,000	163,000	14·7:1	" "	0·2	56·7	1·7	14·4	0·6	0·7	1·1	3·3	21·3	—
			3 percczel Röntgen után	—	8·94	2.240,000	304,000	7·6:1	" "	—	65·8	0·6	13	1	2·2	1	0·6	15·8	—
			80 " " "	—	—	2.360,000	296,000	7·9:1	" "	—	55·3	0·9	16·4	1·2	1·6	0·6	2·2	21·8	—
VI. 23.	20 perc Röntgen	246 p.	Vérvétel Röntgen előtt	—	9·54	2.560,000	264,000	9·3:1	Közepes	0·4	50	2·1	14·7	0·4	1	2·7	3·1	25·2	—
			Vérvétel közvetlen Rönt- gen után	—	—	2.400,000	320,000	7·5:1	"	—	58·4	0·8	10·4	0·8	1·3	1·8	3·6	22·9	—
VI. 24—27	20—20 perc Röntgen	326 p.	Vérvétel VI. 27. d. e. 10 <sup>o</sup> 15'	—	9·54	2.480,000	152,000	16·2:1	"	—	47·5	2·9	17·6	0·7	1	0·5	5·5	25	—
VI. 28—29	20—25 perc Röntgen	371 p.	Vérvétel 29.-én Röntgen előtt	—	10·14	2.480,000	224,000	11·07:1	Elég sok	—	54·3	2·6	13·2	0·5	0·3	0·8	3·4	24·9	—
			Közvetlenül Röntgen után	—	—	2.460,000	272,000	9·04:1	" "	—	39·6	0·9	30·5	0·6	0·3	1	2·3	24·8	—
VI. 29.— VII. 6.	—	—	Beteg subfebrilis, több- szörös híg székletét miatt ricinus beöntés és 13 gm. tannalbin, mire a hasmenés megszűnt VII. 5.-én. Rendes diaeta.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
VII. 6.	25 cm. csőtáv, kemény cső, 1½ Ampère, 90 Volt. Lép felett expo- nálás 10 perc	381 p.	D. e. 10 ó. vérvétel	—	10·14	2.480,000	400,000	6·2:1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
			Röntgen után 5 p. vérvétel	—	10·14	2.500,000	400,000	6·2:1	Elég sok	0·9	44·8	1·5	29·8	0·5	—	—	0·9	21·6	—
			" " 25 órával	—	10·14	2.648,000	284,000	9·3:1	" "	0·2	42·3	2·3	25·9	0·2	0·8	0·4	3·2	24·7	—
VII. 7—10.	Fenti módon 22—10—15—10 perc	438 p.	Röntgen előtt vérvétel	—	8·94	2.480,000	396,000	6·2:1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
			4 p. utána vérvétel	—	8·94	2.348,000	432,000	5·4:1	Sok	—	52·7	1·7	19·9	0·2	0·7	1·5	1·1	22·2	—
			2 óra múlva vérvétel	—	—	2.300,000	352,000	6·5:1	"	—	45·5	2	17·8	0·9	0·4	0·2	1·8	31·4	—



IV. b) T á b l a.

Kelet	Therapia	A Röntgen-behatás tartama	Körlefolyás	A beteg súlya	Haemoglobin % -ban	Vörösvértest	Fehérvérsejt	Arány	Vérlemezke	Magvas vörösvérsejt	Többsmagvú sejtek		Egysmagvú sejtek		Lymphocyta		Basophil sejt	Egysmagvú és átmeneti	Megjegyzések
											neutr.	eosin.	neutr.	eosin.	nagy	kicsiny			
											százalékban								
VII. 11	10 p. fenti módon	448 p.	D. e. 1/29 ó. vérvétel	—	9.34	2.292,000	288,000	7.9 : 1	Elég sok	0.2	58	1.8	16	0.4	0.2	0.8	1.4	21.2	—
VII. 13	Elektrolitikus szakító II. sz. pálcza, 70 Volt, 6 Ampère, 10 percz lép felett	458 p.	Röntgen előtt	—	8.94	2.400,000	264,500	8.9 : 1	" "	0.4	57.6	0.4	18.1	1	0.4	0.4	1.9	19.8	—
			Röntgen után 2 p.	—	—	2.480,000	326,000	7.1 : 1	" "	0.4	52.3	1.2	27.3	0.2	—	0.4	3.3	14.9	
			Röntgen után 2 óra	—	—	—	288,500	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
VII. 15—19	10—10 percz Röntgen	508 p.	Röntgen előtt vérvétel	—	7.94	2.660,000	288,000	9.03 : 1	Elég sok	—	57.3	0.7	13.7	0.4	0.4	0.5	3.5	23.5	—
			" után 15 p. "	—	8.44	2.400,000	320,000	7.5 : 1	" "	0.1	51.6	1.6	13.8	0.1	1.2	2.4	4.1	25.1	
			" " 75 p. "	—	—	—	329,500	—	" "	—	46.8	0.6	21.6	0.3	0.1	1.1	3.1	26.4	
			" " 3 ó. "	—	—	—	208,000	—	" "	—	54.4	2	13.1	0.3	0.3	2	2	25.9	
			" " 20 ó. "	—	8.94	2.400,000	224,000	10.7 : 1	Kevés	—	59.1	1.9	13.2	0.2	1.4	0.5	3.5	20.2	
VII. 20—26	10—10 percz Röntgen a lép felett. Nyugalom, borogatás a léptájjra	578 p.	VII. 26. Röntgen előtt.	—	Fleischl 45	2.500,000	179,250	13.9 : 1	Elég sok	—	59.1	0.5	15.1	0.4	—	1.2	3.5	20.2	Léptáji fájdalom; kifejezett dörsölés a lép felett
			5 percz " után	—	Fleischl 50	2.600,000	144,000	18.05 : 1	" "	0.2	63.7	0.7	12	0.2	0.3	0.5	2.8	19.6	
			2 óra " "	—	—	2.572,000	144,000	17.8 : 1	Kevés	—	52.6	3.3	7.9	0.5	0.4	0.5	4.6	31.3	
VII. 27., 28. VIII. 1.	10—10 percz Röntgen a lép felett	618 p.	Állandóan dörsölés a lép felett.	—	9.54	2.724,000	144,250	18.9 : 1	Elég sok	0.9	52.9	1.9	14.3	0.9	0.4	0.9	3.2	22.6	—
			Röntgen előtt vérvétel	—	8.94	2.720,000	176,000	15.05 : 1	" "	0.5	50.4	1.2	16.1	1.1	—	1.1	2.7	26.9	
			" " 1 3/4 ó.	—	—	2.748,000	160,000	17.1 : 1	" "	0.6	53.9	1.3	14.5	0.6	0.6	0.8	2	25.5	
			" " 3 3/4 ó.	—	—	—	128,000	—	" "	—	55.4	2.1	11.8	0.7	0.9	0.7	1.6	26.8	
			" " 24 ó.	—	9.54	2.720,000	160,000	17 : 1	" "	0.2	55.5	2.4	9.3	—	—	1.6	2.2	28.8	
VIII. 2., 3., 4., 5.	Fenti módon Röntgen 10—10 percz	658 p.	A köldök körül kistokú pir	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
VIII. 7.	A jobb felkarcsont feje, a czombfejecs s a 2 térdizület 10—10 p. R. A többi területek mind ólomlemezekkel védve, főképen a léptáj	688 p.	Röntgen előtt vérvétel	—	8.94	2.700,000	140,750	19.1 : 1	Elég sok	—	59.1	1.8	10.6	0.2	0.9	—	1.3	26.1	—
			" után 3 p.	—	9.54	2.750,000	192,000	14.3 : 1	" "	—	54.3	1.2	14.4	0.4	—	0.8	1.2	27.7	
			" " 2 1/2 óra	—	—	—	160,000	—	" "	—	59.9	2.3	12.8	0.6	—	0.5	1.3	22.6	
			" " 15 "	—	—	2.700,000	120,000	22.5 : 1	" "	0.1	59.9	1.4	10.7	—	—	1.1	2.6	24.2	
VIII. 9—12., 16.	10—10 percz R. fenti területek felett	738 p.	VIII. 16. Röntgen előtt	—	10.14	2.748,000	128,000	21.4 : 1	" "	0.7	54.3	1.7	12.2	0.9	0.1	0.5	1.7	27.9	—
			Röntgen után 5 percz	—	—	2.740,000	128,000	21.4 : 1	" "	—	60.7	0.6	1.8	0.3	0.2	0.6	2.5	33.3	
			" " 16 óra	—	9.54	2.700,000	104,000	25.9 : 1	" "	—	62.6	1.1	11.1	0.5	—	0.7	2.7	21.3	
VIII. 18—25	Fenti csontvégek felett R.; összesen 135 p.	873 p.	Vérvétel d. e. 1/210-kor	—	9.54	3.174,000	176,000	18.09 : 1	" "	0.3	58.3	1.8	11.1	0.3	0.1	1.3	2	24.8	—
IX. 1.	—	—	D. e. 11 ó. utolsó vérvétel. A beteg megerősödött, a lép méretei mitsem változtak; a csontok érzékenysége megszűnt. A vizeletben fehérje nincs.	—	9.54	3.248,000	198,000	16.2 : 1	" "	—	70.6	1.2	11.2	—	—	1.4	1.3	14.3	—



biztos véleményét alkothassunk. Mindenesetre a beteg javultán távozott, azon ígérettel, hogy rosszabbodás esetén ismét jelentkezik. Több mint 3 hó óta a betegről azonban semmi hírt nem hallottunk. A távozás alkalmával észlelt 6500 peripheriás fehérvérsejtszám mellett aránylag elég nagy számban láthatók a csontvelői fehérvérűségre jellemző sejtalakok. Feltűnő, hogy a neutrophil többmagvú sejtek nem mutatták azt a szaporulatot, a melyet egyéb esetekben észleltünk, s bizvást felvehetjük, hogy a vérkép előnyösebb megváltozása a fehérvérsejtek esetleges megnövekedése ellenére arra az időszakra jutott, a midőn, sajnos, betegünket már nem észlelhettük.

IV. P. J. 21 éves, nőtlen kovács, Solymos (Szilágy m.). Szülei s 3 testvére élnek, egészségesek. 3 testvére elhalt előtte ismeretlen betegségben. Gyermekkorában gyakran fájt a feje, 15 éves korában 2 hónapig tartó harmadnapos hideglelése volt. Más betegsége nem emlékszik. Jelen bajára vonatkozólag eladja, hogy már körülbelül 1/2 év óta beteg. Kezdetben erős fejfájása, derék- s végtagfájdalmi voltak. Ekkor egy pár napig feküdt is. Hamar fátad. 5 hónap óta észleli, hogy hasa megdagadt, sőt állítólag nagyobb mozgásoknál lecsesanást érzett a hasában. Pár héttel később hasának bal felében daganatot vett észre, mely folyvást növekedett s nem volt fájdalmas. Március közepétől nem dolgozik. Ez idő óta sokat fogyott, bár étvágya jó volt. Március hónapban a zilahi kórházban kezeltetett 3 hétig. Az ottani gyógykezelésről pontosabb felvilágosítást nem tud adni. A hasában levő daganat április közepéig folyton nőtt, azóta változatlan. Elég gyakran vannak vérzései orrából és foghúsból. Az utolsó 6 hét alatt állandóan ágyban fekszik s ha időnként fel is kelt, lábai megdagadtak. Étvágya a legutóbbi időkből is jó. Felvétel 1905 június 8.

A közepertmetű, gyengén fejlett, erősen lesóványodott férfibeteg bőre s látható nyálkahártyáinak színe erősen halvány; a haj száraz, gyér, hónalj- s fanszőrök alig láthatók. Nyakon, könyökben s hónaljban, lágyéktájon több borsónyi mirigy. Idegrendszer részéről semminemű eltérés. Nyak vékony, kules feletti s alatti tájék erősen besüppedt; lapos mellkas; bordaközök erősen kifejezettek; sternum felett nagyfokú érzékenység, úgyszintén a csöves csontok distális végei is nagyfokú érzékenységet mutatnak. Tüdők felett physikailag feltűnőbb rendellenességet nem találunk, baloldalt az alsó határ magasabban végződik, a mennyiben itt a VI. borda felső szélétől már tompa kopogtatási hang nyerhető le a csipőtaréjig. Tüdőszertő érdes légzés, jobb tüdőcsúcs felett érdes légzés mellett egy pár finom szőre-űgés. A beteg nem köhög, köpetet nem ürít. Szív felett semmi különösebb, a szapora szív-működésen kívül. Verőerőkés perczenkénti száma 130—140 között változik, üresebb, könnyen összenyomható, gyors. Nyelv tiszta, a nyelv gyökén feltűnőbb duzzanatokat nem látunk, tonsillák nem nagyobbak. Lágy-szájpad s torok nyálkahártyája erősen halvány. Has egész terjedelmében megnagyobbodott, körfogata a köldök magasságában 82 cm. A bal hypochondrium alól kiindulólág nagy resistenciájú, abszolút tompa kopogtatási hangot adó, nem fájdalmas képlet tapintható, mely a közép-vonalat mintegy 10 cm.-nyire jobbra meghaladja, lefelé pedig leterjed a kis medenczéig. Szabad szélén több mély bevágást mutat; leghosszabb átmérője 50 cm., a legrövidebb 25 cm. Májtompulat alsó széle a bordaívét nem haladja túl. Székletét, vizelet rendellenességet nem mutat. Mindkét rendkívül halvány szemfenéken lenesényi vérömlenyek. (Borbély dr.) A beteg hőmérséklete felvételnél 38.6 C°. (L. IV. tábl.)

Mint a táblázatból kitűnik, a csontvelői fehérvérűségnek klinikailag óriási mértékben megnagyobbodott léppel kapcsolatos esete állott megfigyelésünk alatt. A súlyos beteg benyomását tevő férfi 3 hónapi észlelésünk alatt nagyobb arányú javulást nem mutatott. A lép méretei nem kisebbedtek, bár nem is nagyobbodtak. A mi a vérképnek elég gondos megfigyelését illeti, az sem mutat valamelyes feltűnőbb megváltozást. A haemoglobinnak meglehetősen egy fokon való maradása, a vörösvértesteknek lassú arányban való számbeli megnövekedése egyéb therapia mellett, sőt minden medicamentosus beavatkozás nélkül is észszerű hygienés és diatás viszonyok mellett észlelhető ezen megbetegedési formában. Ugyanezt említhetjük a fehérvérsejtek qualitativ viszonyait illetőleg is. Tehát oly esettel állottunk szemben, melyben 3 hónapon belül 873 percnyi Röntgen-fénybehatás, feltűnőbb remissiót nem eredményezett. Igaz ugyan, hogy ezen Röntgenfény-behatási időszakból 371 perc majdnem 1 1/2 m.-nyi esőtávval érintette a szervezetet, melynek hatását illetőleg, utalva a II. számú esetünkben mondottakra, jelen esetben meglehetősen esékély hatást kell tulajdonítanunk s így mindössze 562 percnyi ideig volt a beteg Röntgen-fénynek kitéve. Mindenesetre esetünk a nehezebben befolyásolható fehérvérűségi esetekhez tartozik, miért is annak kimondására nem vagyunk jogosultak, hogy esetünk a Röntgen-fény által nem volt befolyásolható már csak az észlelési idő rövid volta miatt sem. Mindenesetre észszerűbb lett volna erősebb Röntgen-fénykezelést foganatosítani, a mit feltétlenül eszközöltünk volna is, ha a beteg, mint ígérte, kórodánkra ismét visszajött volna. Különösebb figyelmet érdemel esetünkben a fehérvérsejtek qualitativ viselkedése a Röntgen-fénnyel szemben. Mint táblázatunk mutatja, bizonyos fokú fehérvérsejtszaporulatot a keringő

vérben nem lehet elvitatnunk közvetlen a Röntgen-fény behatása után. Ha azokat az adatainkat nézzük, melyek Röntgen-fény behatása előtt, majd közvetlen utána, továbbá 2 óra múltán, 15—20 óra múltán észleltettek, mind meglehetősen állandósággal mutatják ezen esetben a Röntgen-fényre mutatózó, egy pár óráig fennálló fehérvérsejtszaporulatot a keringő vérben. Megemlítsre méltónak tartom, hogy a kezelés későbbi időszakában ezen időszakos fehérvérsejtszaporulat mintha nem lett volna állandó, sőt ki is maradt volna.

A fehérvérűségben a keringő fehérvérsejtek mennyisége oly sok megváltoztató befolyástól függ, hogy külső behatás nélkül is nagy ingadozásokat láthatunk. Összefügg ezen kérdés a fehérvérűségben különböző módon észlelhető remissiókkal, melyekre későbbben terjeszkedünk ki. Épen azért a Röntgen-fénynek mint gyógytényezőnek a fehérvérsejtekre vonatkozó közvelel hatása, mint alábbi tapasztalataink is igazolják, esetenként bírálandó el, minek következtében tartózkodunk is az általánosítástól. A mi a fehérvérsejtek qualitativ viszonyait illeti, annak ellenére, hogy a különböző festési eljárásokkal ellenőrizte a számításaimat, s hogy számításaimat jelen esetben átlag 800 sejt összegezése után végeztem, oly ingadozásokat nyerünk, hogy csak folytonos s állandó nagy különbségeket tekintek mértékadóknak, a mit azonban esetünkben a Röntgen-fény közvetlen behatását illetőleg nem találunk, miért is ezen értékeink inkább csak negatív irányban értékesíthetők. A beteg távozása alkalmából észlelt haemocytologiai kép a tipikus csontvelői fehérvérűség esetét mutatta.

(Folytatása következik.)

## T Á R C Z A.

### Régi magyar betegségnevek.

A régi magyar nyelv nagyon gazdag volt orvosi kifejezésekben. A ki a Nyelvtörténeti Szótár kötetét, vagy régi orvosi kéziratokat forgat, lépten-nyomon gyönyörűséggel tapasztalhatja ezt. Kétségtelen, hogy e kifejezések egy része, különösen pedig a betegségek nevei, ősrégi eredetűek és olykor mythologiai reminiscenciák maradványai. Elég, ha a *tályogok* (*tálék*), *fenék* és *csúszok* sokféle, orvosi szempontból érthetetlen, furcsa neveire utalok, melyekben már *Ipolyi* méltán sejtette ősi mythosunk emlékeit. E régi orvosi kifejezésekkel azonban annak okáért is érdemes foglalkoznunk, mert nagyrészüket a nép ma is használja, mint a hogy erről a Tájsszótár adataiból sokszor meggyőződhetünk. Különösen halás dolog, sőt szükséges is, hogy ezekkel a régi szavainkkal ne csak nyelvész, hanem orvos ember is foglalkozzék; mert a Nyelvtörténeti Szótárban legtöbb esetben úgy értelmezvük azok, a hogy régi szótárainkban (Páriz Pápaiában, Molnár Albertében, a különféle szószedetekben stb.) található. Ámde tudjuk, hogy ezek a régi latin orvosi kifejezések igen gyakran nem azonos értelműek a mai kifejezésekkel; például a *scabies*, a *carcinoma*, az *elephantiasis* stb. nem a mai szabatos pathologiai jelentéssel bírt, hanem sokkal tágabb és ingadozóbb értelemben használták és sokszor csak az eredeti források kritikai tanulmányozása világosít fel arról, hogy mit tartunk azon latin szók igazi magyar egyértékűségének? Természetes, hogy a magyar szavak körtani jelentése is sokszor ingadozik, egy és ugyanazon szónak több különböző jelentése lehet s ezek a jelentések sokszor nagyon is távol eső pathologiai értelemmel bírnak.

Alább közlök, évek során át gyűjtött orvostörténeti jegyzeteimből, néhány régi betegségnevet, azzal a megjegyzéssel, hogy azok mind a megjelölt eredeti források olvasása közben feljegyzett eredeti és új adatok, melyek a Nyelvtörténeti Szótárban nincsenek meg. Adataim nagy része a nyelvújítás kora előtti időből való s közülük azokat, melyek a Ny. Sz.-ból egyáltalában, vagy ebben az értelmükben hiányzanak, vagy a melyek bármely más okból alkalmasok a Ny. Sz. kiegészítésére és pótlására, csillaggal jelöltem meg. Nem egy akad e régi magyar kifejezések között, mely ma is helyet foglalhatna orvosi nomenklaturánkban.

Rövidítések magyarázata. 1. A. Csere: *Enc.*: Apáczai Csere Magyar Encyclopaedia; Utrecht, 1653. 2. *Alt. L.*: Állatorvosi Lapok. 3. *Apor*: *Lev.*: Apor Péter verses művei és levelei. Szerk. Szádeczky. 4. *B.*: Ballagi Magyar-német szótára, 1881. 5. *Benkó*: Benkó Imre: Az ináresi Farkas család története. N.-Kőrös, 1903. 6. *Bethlen K.*: Bethlen Kata életének maga által való leírása; kiadta K. Papp M., Kolozsvár, 1892. 7. *Csapó József*: Kis gyermekek ismütálya. Nagy-Károly, 1771.



8. Csik. Csiksomlyói nyelvemlék. (Magyar Gazdaságtörténelmi Szemle, VI. 215.) 9. *Csúzi Trag.* Csúzi Cseh János: Tragoedia podagrica, 1715. (Kézirat a N. múzeumban; Oct. hung. 159.) 10. *Demkó*: Demkó Kálmán: A magyar orvosi rend története. 11. *Domby*: Domby Sámuel, Orvosi tanítás. Pest, 1794. 12. *Enyedi*: B. Enyedi János: Falusi emberek patikája, 1801. 13. *Erd. Porta*: Szalay L. Erdély és a Porta. Pest, 1862. 14. *É. G.*: Éble Gábor: Károlyi Ferencz gróf és kora. Budapest, 1893. 15. *Gdt. Sz.* Magyar Gazdaságtörténelmi Szemle. 16. *Gy. F.*: Győri Füzetek. 17. *Gyógy.* Gyógyászat. 18. *Halm. Napl.* Halmágyi István napló. (Monumenta, Irók, 38. köt.) 19. *Házi Orv.*: [Juhász Máté.] Házi különös orvosságok. Kolosvárt, 1768. 20. *Holfert*: Volkstümliche Namen der Arzneimittel, Berlin, 1906. 21. *H. W. Hoffmann-Wagner*: Magyarország virágos növényei. Budapest, 1903. 22. *Jourdan*, Pharmacopoea universalis. 2 kötet. Weimar, 1832. 23. *Karl.* Karlovsky G. A gyógyszerek magyar tudományos, népies és tájelnvezései. Budapest, 1887. 24. *Kár. Okl.* Gróf Károlyi család oklevéltára. 25. *K. C.*: Herzfelder A. D.: A kolozsvári codex. Egy 16. századbeli chemiai kézirat ismertetése. (Kolozsvári Cementes János munkája.) Budapest, 1897. 26. *Kom. Diar.*: Komáromi János diáriuma; közli Nagy Iván. Pest, 1861. 27. *Könyvesz.*: Magyar Könyvszemle. 28. *Lev. Tár.*: Leveles Tár. 29. *Linzab.*: Linzbauer, Codex sanitariomedicinalis Hungariae. 30. *Mar.*: Marikowszki Márton: A néphez való tudósítás stb. N-Károly, 1772. 31. *Mátyus István*: Ő és új diatetika. 1787. 32. *M. P.*: Mesterházy Péter jegyzőkönyve. Ismertet. Tolnai Vilmos. (M. Nyelvőr, 1905. 509. és Állatorvosi Lapok, 1906. 200.) 33. *Nád. Lev.*: Nádasdy Tamás nádor családi levelezése. Szerk. Károlyi A. és Szalay J. Budapest, 1882. 34. *Nemz. Lov.*: Mátyus N. János: A nemzeti lovag. Pest, 1828. 35. *NMúz.* Nemzeti múzeum levéltára. 36. *NySz.* Nyelvtörténeti Szótár. 37. *OSz.* Oklevél Szótár. 38. *Patik. Luk.*: Patikai Lukátsnak oktatásai a lovagnak stb. betegségeiről. Pest, 1792. 39. *Pethő*: Pethő Gergely, Magyar Krónika, Kassa, 1729. 40. *PP.* Pax: Páriz Pápai, Pax corporis; (1701. i kiadás.) 41. *Pray, Marg.*: Pray, Vita S. Elisabethae... neonon B. Margaritae Virginis. Tyrnav., 1770. 42. *Prób. Okt.*: Probákból szedett oktatás stb. Pozsony, 1780. 43. *Rác.*: Rác. Rác Sámuel: A borbélyi tanításoknak első darabja. Pest, 1794. 44. *Radn. Szak.*: Radvánszky, Régi magyar szakácskönyvek. Budapest, 1893. 45. *RMK.* Régi magyar költők tára. Közzéteszi Szilády Áron. 46. *Rohlves*: Barom orvos könyve, ford. K. Pethe F. (1827). *Rumy Mon.*: Rumy, Monumenta Hungarica. 48. *Sz. Századok.* 49. *Száray*: Győr monografiája, 1896. 50. *Székely*: Gróf Székely Ádám: A marhák körülvaló austriai rend-tartás. Szeben, 1763. 51. *Sz. Hárto*: Szokolay Hárto János: Kecskemét városának történetirati ismertetése. Kecskemét, 1846. 52. *Sz. K.* Szily Kálmán: Az első állatorvosi könyv magyar nyelven. (Term. Közöny, 360. füzet.) 53. *Thaly*: R. T. Thaly Kálmán: Rákóczy Tár. 54. *Thurzó*: Lev. Gróf Thurzó György levelei nejéhez. Budapest, 1876. 55. *Tolnay*: Sebgy. Tolnay Sándor: A barom-állatok sebgyógyítása tudományáról. Bécs, 1785. 56. *Ts. M.* Tseh Márton: Lovak orvosságos meg-próbált új könyvetskéje. Lötse, 1656. 57. *Ts. M.—K. I.* Tseh Márton könyvének Kiss István-féle (1797.-i) kiadása. 58. *Ts. M.—Sz. K.* lásd Szily Kálmán. 59. *T. Sz.* Tájsszótár. 60. *T. T.* Történelmi Tár. 61. *Vass. Napl.* Czegei Vass György és Vass László napló. (Mon. Irók, XXXV. kötet.) 62. *W.*: Wessprémi: Succineta medicorum Hung. et Transilv. Biographia. Viennae. 1774. 63. *Quellen*: Quellen zur Geschichte der Stadt Brassó. I—IV. kötet. 64. *Misk.* Miskolczy Ferencz: Manuale chirurgicum. Győr, 1742. 65. *Born.* Bornemisza Péter: Ördögi kísértetekről. 1578.

*Abag*: angolkór. Lásd: Ebag.

\**Aggott* (gyermek): angolkóros; lásd Ebag.

*Agos* (gyermek): angolkóros; lásd Ebag.

\**Aranyos in*: haemorrhoidis, aranyér. Nemelliek ahoz keppest elnek vele [a tyúkhúrral] az Aranyas Inakert, nilatkozasokeert, mellet Hemoroidesnek neweznek. *Wessprémi*: Succineta, III. 235. (Madács: Házi Apatecájából, 1608.) Weres hagimat\* meghamzanni es azt fa olaiban tenni... es azt chiap gianant az alfelben tolni, meg nilatkoztattia az aranyos inakot (u. o. 236).

*Asszonyom táncza*: erysipelas? rotlauf? (NyTSz.) „Az orezám, hogy Kd itthon vala is viszket vala... de azután ugyan bizonyába viszketett úgy annyira, hogy jól megtemérdekült az orezám bére. Igen félek az *asszonyom tánczától*, de most Istennek legyen hála könnyebb, ha esmég reám nem térne, de azért mast is alkoholmason vagyon mind hévsége, temérdeksége. Az viszketése nincsen olyan igen rajtam.“ (Nád: Lev. 101.) Ezen 1557-ben kelt levél alapján kétségtelennek tartom, hogy az asszonyom táncza valóban *orbánczot* jelentett; a viszketés, a bőr hévsége és „temérdeksége“, az ismétlődésre való hajlandóság: eléggé támogatják ezt a nézetet. A fenti leírás határozottan ellene mond *Takáts Sándor* (Budapesti Hirlap 1906 augusztus 5) azon feltevésének, hogy az asszonyom táncza valami női betegség volt, „még pedig a legrosszabbjából“.

\**Asszüköszvény*: podagra. Medicamen podagre siue wlgó

<sup>1</sup> Ezen birtokomban lévő kiadást Szinnyei nem említi az ő természettudományi és matematikai könyvészetében.

azzvkhezvény. (Orvosi följegyzés a 16. századból.) Győri Füzetek I. 89.

\**Bántás*: szemmel verés, megigézés, megrontás. Bántás ellen: mendőrgő fünek gyökerit föld meg a patiens vizeletiben, de jól reá vigyázz, hogy a szép Aszon valamit ne vessen beléje (1564? Gyógy. 1880—108.) U. o. lejjebb a *külső bántás* ellen is ajánl orvosságot.

\**Béka*: ranula, békadaganat a szájban. Békája a kinek nyelve alatt vagy... A békáját metéllyék-meg (Házi Orv. 11.) Ha a ló szájában béka... a megégetett békát evvel kennyed (Ts. M.—K. I. 93.) V. ö. nyelv-béka, száj-béka. (NySz.)

\**Béka leveleg*: ? Toroc gyikia, beka leuelegie, nyac foga (kétszer; Bornemisza Péter 1578; Sz. 1874. 386.)

\**Bél szakadás*: hernia, sérv. (Domby: 33.)

\**Bibores, biboresó, bubores*: gyuladós daganat, tályog. Az ló lábán alatt, ki bubores vagy, mesd meg nekie... míg meglátod, minémü rútság jár ki belőle. (Csiks 217.) Az ló szarát alá mind az biboresig erősen meg kell tekerni és az biboresot egy érvágó vassal vágasd meg. (U. o. 218.) Hamarjában érvén vágd meg az biborezoiat, az hol az ütistül feől dagadott. (M. P., Áll. L. 1906. 213.)

\**Bolond-hagymáz*: delirium typhosum? [A főfájás] a hirtelen fogó forró-hideglelésben gyakrabban bolond-hagymázt jelent (PP. Pax, 2.)

*Bolondoskodás*: lázas delirium. (1794; Domby 310. l.)

\**Csábult*: bolond. A NySz.-ban „elcsábult: seducor, verführ werden“, „megesábult: obstupefio, ausser sich sein, betäubt werden“; holott a NySz. példái közül is egyik-másik igazolja a „bolond“ jelentést (így: az ő megesábult elméjének első szülöttje, Matkó: BCsák. 3.; nem tsábult meg fejem, hogy iszapot egyek, Gvad: Időt. 46.). Továbbá: Csábult ember orvossága: Fejér Somkórót szedj, melyet Ugar fünek is hívnak stb. (Többek közt azt is mondja, hogy a patient a kúra közben meg kell kötözni.) W. IV. 291.

*Csomó*: tophus. Köszvény-csomó: tophus podagricus. Rác: Borb. 300.

*Csomós hátú*: gibbus; púpos. Lásd: Pelyp.

\**Csont-növedék*: exostosis, überbein, csont-növedék. Lásd: Holt-tetem.

*Cső seb*: fistula, sipoly. (Patik. Luk. 87.)

*Dagadozás*: daganat. Dagadozaszrol valo ír (1672; Fekete Imre Elenchusa; NMúz. levélt. quart lat. 2194.)

*Daganag*: daganat, kelés, tályog. Ez az daganag le zalla, es semminemeu ektelensegnek, zeurnyeusegnek nyoma eu rayta meg nem marada. (Pray: Marg. 331.)

*Daganatság*: tumor.

\**Disznószaka*: az áll alatti mirigyek gyuladása, tályogja. A NyTSz. (PP. után) azt mondja, hogy a. m. angina, Kehlsucht; de hogy más értelme is volt, bizonyítja Bethlen Miklós Önélet-írásának (I. 204.) következő helye: „Fájni kezd a torkom, nyakam, és bal felől olyan *fluxus* ereszkedett a torkom, nyakam, és állomra, hogy egy nagy *disznószaka* vagy *tályog* lett belőle, melyet... ki kellett érlelni és vágni; míg ki nem vágta, rettenetes nagy fájdalmat és *alatlanságot* szenvedtem miatta; azután nem, noha nagy *kérő* (= tépés) járt belé.“ „Toroc gyikia, beka leuelegie, nyac foga, diszno szakaja, kelenye oszollyon.“ (1578; Bornemisza Péter; Sz. 1874. 386.)

\**Dobos has*: tympanites, dobkór. Dobos vagy fel-fuakodott hasról. (Házi Orv. 21.)

\**Dobosság*: tympanites, dobkór. Purgálván a dobosság megszűnik. (Házi Orv. 21.)

Kóssa Gyula dr.

(Folytatása következik.)

## IRODALOM-SZEMLE.

### Könyvismertetés.

Die Einbildung als Krankheitsursache. Von Prof. Dubois (Bern). Verlag von J. F. Bergmann, Wiesbaden, 1907. 45 lap.

Dubois nem a képzelt bajokról akar szólni. Azonban minden érzés és minden cselekvés ezen érzés és cselekvés elképzelésével



jár, a mihez associációk társulnak. Rendes viszonyok közt az érzés csak ingerekre támad, a cselekvés pedig megfontolás után. De már egészséges emberen is előfordul, hogy érzés vagy cselekvés kellő megfontolás nélkül jön létre. Az ilyenkor keletkező képzelet téves. Pl. egy ingerbehatástól való félelem és arra való várakozás maga inger nélkül is előidézhetheti az inger érzését és az ennek megfelelő cselekedetet; máskor ugyancsak pszichikai oknál fogva a valósággal beható inger egy annak meg nem felelő esetleg nagyított képzeletet támaszt. Ennek létrejövésében nagyon fontos az, hogy mennyire suggerálható az illető egyén. Érdekes *Dubois* és *Schnyder* kísérlete, a mely azt mutatta, hogy nem működő villamos áram körébe kapcsolt ujjon a kísérleti emberek  $\frac{3}{4}$  része érzett különféle érzéseket. Mindez még inkább érvényesül a neurastheniás és hysteriás embereken, a kiken hibás associációk a rendesnél fokozottabb mértékben játszanak közbe. Tekintetbe kell még venni, hogy minden betegség pszichikai reactioval és képzelettel jár és hogy a testi működésekre (szívverés, lélekzés stb.) még azok az ingerek is hatnak, a melyek nem okoznak affectusokat. Képzeltető, hogy milyen circulus vitiosusba jut az ember, a kin a kellő ok nélkül képzeletek, képzetekből tünetek, tünetekből újabb képzetek és affectusok támadnak, és így tovább. Némelyik beteg tisztában van, hogy képzelete téves, tehát a hiba nem lehet a gondolkozásban, hanem csak az affectusban. A circulus vitiosusból a beteg csak kétféle úton kerülhet ki, vagy meg kell szűnnie a testi érzésnek, a mely a kedélyt felizgatta és így a félelem és következményei elmaradnak. Vagy a kedélynek kell megnyugodnia és így megszűnnek az ebből az okból létrejött tünetek. Az első eljárást ott alkalmazzuk, a hol a testi betegséget gyorsan és biztosan meggyógyíthatjuk. Ha ez nem lehetséges, psychotherapiára van szükség, a beteget meg kell nyugtatni, nézeteinek helytelenségéről meg kell győzni, be kell bizonyítani előtte, hogy hibás képzelet uralma alatt van. Így súlyos esetek, pl. melancholiák is meggyógyulnak néha. Rábeszéléssel jelentékeny téveszmétől is megszabadíthatunk egy embert, bár igaz, hogy nem egyszer nemsokára más téveszme bukkan elő. Persze a meggyőzés nem mindig sikerül, sőt nehéz dolog. Némelyik neurastheniás orvost még a laparotomia sem gyógyította ki abból a képzetből, hogy hasdaganatban szenved. Phobiák, kényszerképzetek sokszor halás terei a psychotherapiának, de gyakran tehetetlenek vagyunk velük szemben. Minél abszurdabb a képzelet, annál bajosabb ellene küzdeni. Különösen vallásos és babonás gondolatokkal, telepathiában hívőkkel, álommagyarázatokkal nehéz megbirkózni. *Dubois* szabálya az, hogy az affectust okozó képzeletet kutatja fel és annak téves voltát igyekszik a beteg elé állítani.

*Dubois* azt hiszi, hogy néha súlyos elmezavarban levőn is lehet rábeszéléssel segíteni és erre példákat említ. Legtöbbször nem szűnik meg mindjárt a baj azzal, hogy a beteg belátja gondolkozása téves voltát, a felkeltett affectusok nem pihennek el hirtelen. Így van ez, dacára annak, hogy az affectus mindig csak másodlagos tünet, még a paranoiában is, a hol a téveszme az elsődleges. Csak ha az affectus már hosszabban áll fenn, származik belőle kórjelenség. Így van ez, a mikor a beteg belátja gondolata téves voltát és az mégis megkínozza őt, annyival is inkább, mert az affectus megzavarja az intelligenciát és annál könnyebben zavarja meg az intelligenciát, minél kevesebb van belőle, minél ostobább és minél tanulatlanabb az illető beteg, vagy minél inkább áll valami mérgezés, pl. az alkohol, opium stb. hatása alatt. Nem elég valakinek egyszer megmagyarázni nézete helytelenségét, mert sok beteg rögtön rámondja, hogy „értem“, de csak hetek múlva gyógyul, és akkor mondja, hogy „most már igazán értem“.

Kollarits Jenő dr.

## Lapszemle.

### Gyógyszertan.

Új gyógyszerek és titkos szerek. *Zernik* dr. sorozatos közléseinek kilenczedike a következő szereket ismerteti:

1. *A vinopyrint* 0.75–1.25 grammos adagban fejfájás ellen ajánlják; 1 grammos adagban naponként 3–4-szer használva, állítólag jó neuralgicum. Tulajdonképen a p-phenetidin savanyú borkősavas sója, tehát a citrophénhez áll közel.

2. *A Schäfer-féle antisanguint* vérzéscsillapító és sebantisep-ticum gyanánt híresztelik. 30% aluminium sulfuricumot és  $\frac{1}{4}$ % salicylsavat tartalmazó víz.

3. *A Jeckel-féle epilepsia-labdacsok* indifferens növények leveleinek és gyökeinek porából állanak. A 90 labdacst tartalmazó doboz ára 12 márka!

4. *A Lamma-port* szintén epilepsia ellen ajánlják; bromnatrium és bromammonium a lényeges alkotórészei.

5. *Fascol-kenőcs*. Rothadást gátló, szárító, a váladékképződést csökkentő hatása miatt ajánlják bőrbajokban és a gynaekológiában; lényeges alkotórésze egy bituminosus anyag; tartalmaz továbbá adeps lanae t, kevés dermatolt és resorcin, calciumcarbonatot és valami növényport. „Fascol-haemorrhoidal-capsulák“ is vannak forgalomban.

6. *Haig-féle „Goitre cure“* a golyva gyógyítására. Négy szerből áll, ú. m. a) kissé vörösre festett natrium bicarbonicumból; b) csokoládéval bevont tablettákból, a melyek natrium bicarbonicumot, köményolajat és aloét tartalmaznak; c) natronszappant és vaselint tartalmazó kenőcsből; d) hydrastis canadensist tartalmazó tablettákból.

7. *A lytrol* nevű fertőtlenítő szer nem más, mint kaliszappanok alkoholos oldata 20%  $\beta$  naphtol-tartalommal. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1907. 26. szám.)

### Belorvostan.

Az Addison-kórról érdekes előadást tartott *E. Grawitz* a berlini belorvostani társulatban egy eset bemutatása kapcsán, a melyben a nevezett betegség meggyógyult: az adynamia és a többi általános tünet megszűnt, a bőrnek és a nyálkahártyáknak festenyzettsége pedig annyira csökkent, hogy a nyomai is alig látszanak. A kezelés, tekintettel a fennállott nagyfokú secretorius és motorius gyomorelégtelességre, a gyomornak konyhasóoldattal végzett alapos öblögetésében állott; közvetlenül a kiöblítés után a gyomoresővön át vitték be a folyékony táplálékot. Ezenkívül tápláló klysmákat is kapott a beteg, végül sósavat. Ezen kezelés mellett állapota annyira javult, hogy a kórházból elbocsáthatták azzal az utasítással, hogy főleg növényi diétán éljen, az alkoholt kerülje, sósavat és stomachicumokat használjon s általában óvatosan éljen. Az intelligens fiatal ember négy éven át pontosan követve az utasításokat, olyan állapotba jutott, hogy ma gyógyultnak mondható. Az említett kezelésmódnak kedvező hatása egyébként egy másik betegen is nyilvánult, a ki 32 font súlygyarapodással igen jó általános állapotban hagyhatta el a kórházat.

Az előadó felveti a kérdést, hogy az Addison-kór aetiologiája talán nem is egységes betegség. A súlyos gyomor-bélzavarok nem egyszerűen tüneti következményei a mellékvesék elfajulásának, hanem maguk is hozzájárulnak a betegségnek végzetes lefolyásához, sőt talán a mellékveséknek elsődleges megbetegedése nélkül is támadhat idült bélintoxicatio következtében bronzszíneződéssel járó marasmus. Különben pedig *Lukse* vizsgálataiból tudjuk, hogy különböző fertőzések és mérgezések következtében a mellékvesék megkárosodhatnak, működésük megszűnik s ilyen módon is támadhat az Addison-betegséggel azonos kórkép. Azt is tudjuk ma már, hogy a mellékvesék működése alkalmasint a bennük levő chromaffinsejtektől függ; minthogy azonban másutt is vannak chromaffin-sejtek, a melyek a mellékvesebeli ilyesfajta sejteknek működését pótolhatnák, másrészt pedig ismeretes a chromaffinsejteknek erős regeneratív képessége: felvehető, hogy a bélbeli intoxicatio megakadályozza a chromaffinanyagok működését és regenerációját. Mindezen megfontolások világosságot vetnek a gyomorbélesatorna megtisztításának kedvező hatására, valamint arra, hogy vannak esetei az Addison-kórnak, a melyekben a mellékveséket nem találjuk elfajultnak, másrészt pedig hogy a mellékveséknek elfajult volta esetén hiányozhatnak az Addison-kór tünetei. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1907. 27. sz.)

A légzés szaporaságát a typhusban és a miliáris gümőkórban tette tanulmány tárgyává *Krehl* klinikáján *Veil*. Általában felveszik, hogy a légzésnek nagyobb mérvű szaporasága a miliáris gümőkór mellett értékesíthető. A szerző azonban kiemeltetja, hogy typhusban is elég gyakori a légzésnek szapora-



sága, még pedig az oly sokszor meglevő bronchitis miatt. Véleménye szerint tehát a légzés szaporasága csak akkor szól tuberculosos miliaris mellett, ha magas hőmérsékek nincsenek és az általános fertőzésnek látszólag nem nagyon súlyos volta mellett a kimutatható bronchitis nélkül jelenlevő cyanosis és légzészaporaság tüdőbeli zavarra mutat. (Medizinische Klinik, 1907. 24. szám.)

A hasi arteriosclerosisról (angina abdominis) és a vele rokon állapotokról közöl tanulmányt *Perutz*. Eredményeit a következő pontokban foglalja össze: 1. Arteriosclerosis eseteiben a hasban rohamokban jelentkező heves fájdalom támadhatnak, a melyek kólikaszerűek és angina pectoris rohamokba mehetnek át. 2. A rohamokat többnyire a kicsiny bélereknek görcse váltja ki, kapcsolatban a vérnyomás fokozódásával. A fájdalom székhelye alkalmasint a sympathicus, a melynek határkötegei a legtöbb esetben rendkívül fájdalmasak, továbbá a mesenterialis idegfónatok. 3. Az érrendszer anatómiai elváltozásain kívül functionális zavarok (nicotin és más mérgek) is létesíthetnek ilyen görcsös állapotokat. 4. A baj felismerése sokszor nagyon nehéz és csak huzamosabb megfigyelés után lehetséges. A kórjelzés felállításában nagy segítségünkre lehet az a körülmény, hogy a szóbanforgó bajban a diuretin és az erekre ható egyéb szerek kedvező hatásúak. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1907. 23. sz.)

### Idegkórtan.

Hysteria és rokkantság cím alatt *E. Meyer* königsbergi professor közli tapasztalatait. A birodalmi biztosító hivatal összeállításában a hysteriaról mint a rokkantság okáról nem történik említés. A hysteria ugyanis sokak szerint nem felel meg annak a követelésnek, a mely a rokkantság kimondásához szükségesnek tartja, hogy a munkaképtelenség állandó legyen, és a gyógyulás belátható időben emberi előrelátással lehetetlennek tartassék. *Meyer* élenként tiltakozik azon nézet ellen, a mely a hysteria súlyosságát a kimutatható tünetek súlyosságával hozza összefüggésbe, ellenkezőleg éppen az a hysteria a súlyos, a mely csupán pszichikai jelenségekben nyilvánul, a míg a bénulással vagy más testi tünettel járó hysteria esetleg hamarosan rendbe jöhet. Ha a rokkantság kétes, állandó megfigyelés alá kell helyezni a beteget. Ez már a therapia szempontjából is leghelyesebb. *Meyer* szükségesnek tartja, hogy a félrokkantság is megállapítható legyen, a mely lehetővé tenné bizonyos mértékű segítséget a csekélyebb munkára képes hysteriás egyén számára. (Deutsche med. Wochenschrift, 1907. 6. sz.)

Kollarits Jenő dr.

A patellainreflex kiváltásmódjáról szól *Kroner* cikke. *Kroner* azt gondolja, hogy van olyan módszer, a mely a gyenge inreflex pályáját kiesiszolja azon kívül, hogy a reflex kiváltására is a legkedvezőbb viszonyokat teremti. Ide tartoznak azok az eljárások, a melyek a reflexkör érző részét ingerlik, pl. mechanikai behatás a bőrre, fürdők, fáradós eset, az izom meggyúrása, a reflexkiváltás kísérletének gyors egymásutánban való ismétlése. Mindez alkalmas arra, hogy a reflexkört érző végénél fogva ingerlékenyebb tegye. *Kroner* arra törekedett, hogy a mozgató részszerrel érje el ugyanazt. E célból a beteggel egynehány lépést tetetett, vagy egymásután több guggoló mozgást végeztetett. Ezután sikerült többször jól kiváltani a patellainreflexet olyankor, a mikor ez e nélkül már nem volt kiváltható. A szerző ugyanazon betegeken kísérletet tett, hogy az alsóvégtag passiv mozgásának nincs e ugyanilyen eredménye, de az nem volt észlelhető. Ez a próba bizonyítja, hogy a járás csakugyan a reflexkör mozgató részének ingerlékenységét javítja. A reflexnek ez a fokozódása úgy látszik csak egynehány percig tart. A járásnak vagy guggolásnak nem szabad fáradást előidéznie, mert ilyenkor nem fejt ki hatást. (Neurol. Centralbl., 1907. 15. f.)

Kollarits Jenő dr.

### Sebészet.

A tuberculosis miatt végzett vesekiirtások végeredményei és néhány diagnostikai észrevétel a címe *Israel* tanulságos előadásának, a melyben abból indulva ki, hogy az utóbbi évtizedben végzett igen sok nephrektomiából nyert tapasztalatok a műtétből eredő közvetlen eshetőségeket ugyan eléggé tisztáz-

ták, de nem nyújtottak ugyanily mértékben tiszta képet a műtett betegek további sorsáról: 102 esetéről referálva, e kérdés tisztázását tűzte ki feladatának, az eseteket a szerint bírálva el, mily súlynövekedéssel, erőbeli gyarapodással, munkaképesség fokozódásával járt az illető egyénre nézve a műtét? Milyenné vált a hólyag működése a fájdalmaság, a vizelet gyakoriságának szempontjából? Hogy fejlődött vissza a hólyag tuberculosisa? Milyen a vizelet? Hogy viselkedik a visszamaradt vese? Mi volt a nem a műtét következményeiben elhaltaknak halál oka? E kérdésekre felelve: súlyban a betegek 94%-a gyarapodott (átlag 19 font), a súlygyarapodás 3 esetben 90 fontot tett ki; e súlygyarapodással arányban javult a betegek közérzése, növekedett az erejük és munkabírásuk. A vizelet gyakoriságára a nephrektomia hatása szembeszökő volt, arányban állott azonban a hólyagnak a vese műtétet megelőző állapotával. Az enyhe hólyagzavarok teljesen elmaradtak, a súlyosak pedig jelentékeny javulást mutattak, e javulás úgy a vizelés fájdalmas voltára, mint annak gyakoriságára vonatkozik. A tuberculosisan még meg nem betegedett hólyag részéről támadó zavarok a beteg veséből kiinduló ingernek következményei és mint ilyenek a beteg vese eltávolításával megszűnnek. Az előzőleg ép hólyag a vese eltávolítása után sohasem betegszik meg, jelölül a húgyszervi tuberculosis descendáló természetűnek. A gümösen megbetegedett hólyag anatómiai elváltozásai lassan bár, de biztosan visszafejlődnek, a mint hogy a tuberculosisbacillusok teljes eltűnése is néha hónapokat vesz igénybe. Hasonlóképpen a vegyes fertőzésben beteg hólyag gyógyulása is hosszabb idő múlva és csak megfelelő kezelés alapján következik be. A másik vese csak az esetben betegszik meg, ha már a műtét előtt voltak benne rejtett vagy nyugvó állapotban lévő tuberculosiscóccok, vagy a szervezetben egybeült kifejlődött gümőkór fertőzte meg. A halállal végződő esetek olyanok voltak, a melyek korai műtéttel még megmenthetők lettek volna, ezért fontos a korai kórismézés. Nem kívánható, hogy a gyakorlóorvos hólyagtűkőrrel és ureter-katheterrel dolgozzék, de az esetek túlnyomó számában nem is szorulunk ezen vizsgálómódszerekre. Hogy a vesetuberculosist a gyakorlóorvosok oly ritkán ismerik fel, annak első sorban az az oka, hogy csak ritkán gondolnak rá. Részben azért, mivel igen ritka bajnak tartják (pedig nem a betegség ritka, csak a diagnózis az), részben mivel virágzó, sőt erőteljes külső mellett jelentkező vizelési zavaroknál szinte nevetségesnek tartják a gümös eredet feltételezését, leginkább pedig azért, mivel a baj többnyire a hólyaghurut tüneteivel jelentkezén, nehéz vagy gyakori vizeléssel, a vizelet zavarosságával, megelégszenek a cystitis kórisméjével, a nélkül, hogy a hurut okát kutassák. Pedig már magában véve az a körülmény, hogy addig teljesen egészséges egyénnél külső ok nélkül (katheterismus, gonorrhoeás infectio stb.) nehéz és gyakori vizelés, fájdalom, a vizelet zavarossága jelentkezik, a vizelet gyakorisága és a vizelet zavarossága között aránytalanság vehető fel, genysek mellett vörösvérsejtek is találhatók, vagy a vizelet már nagyjában is véresnek látszik, illetve a beteg elpanaszolja, hogy a vizelés befejeztekor néhány véres csepp ürül, ez állapot pedig állandósul vagy még rosszabbodik is: kell hogy a figyelmes orvost gondolkodóba ejtse, hogy ne elégedjék meg a hólyaghurut diagnózisával, hanem kutasson tovább, első sorban pedig keressen vagy kerestessen hozzáértők és kellően felszerelt laboratóriumokban tuberculosiscoccusokat. Ha a górcsói vizsgálat negatív, végeztesen oltást, mert a tuberculosist kizárni csak akkor szabad, ha ez az utóbbi sem járna eredményre. Ezzel ugyan még nincs eldöntve, hogy a húgyszervek melyik részében székel a betegség, hacsak nagyon kifejezett fájdalom nem adnak a vizsgálatnak meghatározott irányt, bár kétségtelen, hogy a betegek a fájdalmas helyek megjelölése által nem egyszer vezetnek hamis nyomra. Első sorban mindig szem előtt kell tartanunk, hogy a húgyszervi tuberculosis ritka kivétellel descendáló jellegű. A vizeletvizsgálat nem enged következtetést, a fehérjetartalom a vese előrehaladt megbetegedése mellett is kicsiny és többnyire csak a genynek vagy vértartalomnak megfelelő, cylinderek pedig csak ritkán találhatók. Ha a betegek által jelzett nagyobb fájdalom sokszor vezetnek is tévútra, kérdezősködésünkre betegeink bizonyos észrekről referálnak, a melyek a baj eredetére engednek következtetést.

Ilyenek: fájdalom az alhasban, a csípőcsonttaraj környékén,



a csípőben, a csombon, a keresztcsont táján, hidegségi érzés az ágyéktájon stb. Az ilyen abnormis érzések az esetek 70%-ában helyes következtetést engednek úgy a baj természetére, mint a megbetegedett oldalra. Mint érdekes távolérzést említi Israel a hólyagban, a húgyesőben, a hímtágban, a szeméremajkban, a hüvelyben egyoldalulág támadó kifejezett fájdalomérzést a vizeléskor vagy ettől függetlenül. A kórismét támogatja a vesének vagy az ureternek fájdalmas volta. Az ureter fájdalmas volta különösen a következő három ponton jellegzetes: a vesekehelyből való kilépése helyén, a kismedenczébe való bejutása táján és a hólyagba való beszájadása helyén. Ez utóbbit a végbélben vagy hüvelyben át tapinthatjuk, az előbbieket pedig a hasfalán át meghatározott vonalak kereszteléseivel. A megnagyobbodott vese gyakran nem egyszerűsmind a beteg is, a megnagyobbodás éppen ellenkezőleg az ép vese compensatorius megnagyobbodásával függ össze; ha azonban a megnagyobbodott vese felülete egyenetlen, megkeményedett helyekkel bir, respiratorius mozdulatlansága adhaesiv lobos folyamatokra enged következtetést, akkor a megnagyobbodás a kóros szervnek felel meg. A megbetegedés egyoldalúságának exact meghatározása azonban csak a két vese váladékának külön felfogásával lehetséges. Az ureterkatheterismus vagy a separatorral való bánás természetesen már szakszerű kiképzést kíván a vizsgáló részéről. Az ureterkatheterismussal az egyik oldal ép voltát kell első sorban eldöntenünk, a baj természetének megismerésére már az előbb felsorolt vizsgálati módszerek és tünetek képesítettek bennünket. Az ép vese catheterizációja nem kerülhető el az infectio veszélye ellenére sem, mert a kóros vese catheterizálása mellett a hólyagban felgyülemlett vizelet vizsgálata az épnek tartott vese állapotára nem engedi meg a kifogástalan következtetést. A kétoldali vesetuberculosis elég ritka, ha tehát az épnek feltételezett veséből nyert vizeletben tuberculosibacillust találunk, mindig ki kell zárunk a catheterrel való alkalmi fertőzést és a vizsgálatot a legnagyobb óvatossággal többször meg kell ismételünk.

Ha már most az egyoldali vesetuberculosisra szóló diagnózisunk megvan, hogyan viselkedjünk a gyógyító módokkal szemben?

*Axiomának tekinthető, hogy a kórismézés határain belül lévő vesetuberculosis spontán gyógyulása nem fordul elő, gyógyszeres gyógyítása pedig mindeddig nem sikerült és így, ilyen biztosan ható szer felfedezéséig, a gyógyítás kizárólag csak nephrektomia útján lehetséges.* A diagnózis a műtét nyomán kell hogy kövesse. Nem szabad a tünetek súlyosbodását bevárunk, a mint ezt még csak nem is oly régen tettük, a midőn még azt hittük, hogy a vese fertőzése a hólyagból történik vagy pedig egy általános tuberculosisos megbetegedés résztünete. Ma mindkét álláspontot túlhaladttnak tekinthetvén, a korai műtéttel végeredményeink aránytalanul megnövekszenek, meggátoljuk a miliáris tuberculosis kifejlődését, perinephritikus abscessusok, másodlagos góczok, amyloid degenerációk létrejöttét, s megkíméljük betegeinket a fejlődő hólyagtuberculosis kínzó gyötrelmeitől. (Folia urologica, 1. füzet.)

Ráskai Dezső dr.

#### Orthopaedia.

A pes varus paralyticus műtétének egyszerűsített módszerét ismerteti Kofmann (Odessa). A bénulásból eredő dongalábnál leggyakrabban a láb pronatorai bénák, a peroneus longus és brevis, a mihez sokszor még az extensorok paresise és az Achilles-ín zsugorodása is járul. Az eddig gyakorolt inátültető műtéteknél, a peroneusok megrövidítése után, a működést adó izmot az így előkészített béna izmok inára ültették át. A peroneusok azonban csak a lábközéphegyszre a pronálására szolgálnak, az egész lábat sokkal jobban pronálja az extensor digit. communis. Miuthogy az Achilles-ín működése ép, azért ajánlja Kofmann e hatalmas lábhajlító külső, pronálásra szolgáló részének az átültetését a közös ujjfesztető inára. Az átültetett inrészt végén hosszában felhasítja, villaszerűleg befogja vele az átültetésre alkalmas helyen a béna izom inát és mögötte összevarrja. Az Achilles-ínnak tapadási helyével összefüggésben maradt részét a lóláb leküzdésére Bayer módszere szerint meghosszabbítja. Az utókezelés úgy történik mint a többi inátültető műtét után. (Zeitschrift für orth. Chirurgie, XVIII. kötet, 1—2. füzet.)

Kopits dr.

#### Gyermekorvostan.

A hangyasav használatáról a diphtheria gyógyításában. Croom edinburghi orvos már a múlt esztendőben ismertette kedvező eredményeit, a melyeket diphtheria eseteiben a hangyasavval elért. E szert a serumtherapiával együttesen használta. Kísérleteit azóta folytatta s most már nagyobb számú esettel rendelkezik, a mennyiben az edinburghi fertőzőbeteg-kórházban az 1906. évben 412 esetet kezelt ilyen módon. A halálozási százalék 6.2 volt, míg az előző évben, a mikor ugyanott 507 esetet kezelték, de csak egyszerűen serummal hangyasav nélkül, a halálozás 8% volt. Még jobban szembetűnik a hangyasav kedvező hatása, ha a diphtheria szövődményeinek gyakoriságát vesszük tekintetbe. 1905-ban ugyanis a halálos myocarditisek százaléka 1.94, a hűdéseké 2.9 és az albuminuriáké 15.7 volt, míg 1905-ben, vagyis a mikor a hangyasavat még nem használták, a megfelelő százalékok 3.07, 9.09 és 23.7 voltak. 1905-ben a tracheotomizált eseteknek 35.28%-a, 1906-ban pedig csak 25.7%-a végződött halálosan. A hangyasavat a betegek belsőleg kapták: a 25%-os oldatból az eset súlyosságához képest 5—20 cseppet vettek be négy óránként. (Ref. La semaine médicale, 1907. 30. szám.)

Az angolkór összehasonlító gyógyszeres kezeléséről ír Sittler. Nyolcz hónapon keresztül körülbelül kétszáz angolkóros gyermeknek a legkülönbözőbb készítményeket (liquor ferri albuminati, tinctura ferri pomati, glycerinphosphorsavas kalium, natrium és calcium, kalium chloricum, lecithin, carniferrin, acidum, natrium et ferrum nucleicum, phosphor csukamájolaj) adagolta. Bár az észlelési időt maga is rövidnek tartja, saját szerzeményű eszközeivel végzett pontos mérései mégis arról győzték meg, hogy az említett készítmények legfeljebb az étvágyat fokozzák s a testsúlyt emelik, de sem a kyphosist, sem a craniotabest vagy a bordaporc- s epiphysis-duzzanatokat lényegesen befolyásolni nem tudják. Legjobban elégtették ki a szerzőt e tekintetben a nucleinsavas praeparatumok, legrősszabbnak találta a kalium chloricumot, mely egy ízben határozottan súlyosabbá tette a csontelváltozásokat. Az egyes szerek kipróbálása után a vizsgáló kombinálta a praeparatumokat s azt találta, hogy legjobb a nucleinsavas készítményeket együtt adni glycerinphosphorsavas sóval, mert akkor az előbbinek a csontelváltozásokra gyakorolt jótékony hatása mellett ez utóbbinak zsongító, a hangrészgöresöt csillapító hatása is nyilvánul. (Münchener medizin. Wochenschrift, 1907. 29. sz.)

Vas Jakab dr.

#### Bőrkórtan.

Oedema cutis factitium esetét írja le H. Vörner (Leipzig). A bőr oedemái traumák által is létrehozhatók. Ha azonban a külső behatás oly csekély fokú, hogy normális szöveteken látható tüneteket nem vált ki, akkor az nem is trauma, hanem csak inger. Ha már ilyen ingerfajta is tud oedemát létesíteni, akkor pathológiás viszonyokkal állunk szemben, példa erre az urticaria. A szerző esete az urticariás oedematól eltérő. Észlelése 25 éves férfira vonatkozik, a ki egy esztendő óta testének azon részein, melyek tartósabb nyomásnak vannak kitéve, duzzanatokat, oedemákat kap. Ily tartós nyomásnak számít pl. az ülés keményebb padon, munkaközben a kalapács fogása stb. Az oedema ilyenkor a faron illetőleg a tenyéren jelentkezik. A duzzadás csak hosszabb idő múlva jelentkezik, az inger behatása és az oedema létrejövetele között mindig hosszabb intervallum folyik le. Az intervallum rendszeren 2—12 óráig tart. Az oedema olykor éjjel, alvás közben támad, a mikor a beteg éjjeli nyugalma is zavart. A betegnek belgyógyászati és neurológiai vizsgálata egyéb objectív tünetet nem eredményez. Az eset méltatásakor kizárandók az ú. n. spontán támadó oedemák, így első sorban a körülírt Quincke-féle oedema. Hasonlít azonban némiképp az ú. n. urticaria giganteához. Van azonban több eltérés is, mely az esetet ettől a bajtól elválasztani látszik. Így Vörner betegén az oedemák csakis külső behatásra jelentkeznek, egyben pedig művi úton urticaria factitia nem létesíthető. Feltűnő továbbá a hosszú intervallum is. (Deutsche med. Wochenschrift, 1907. 29. sz.)

Guszmán.



## Venereás bántalmak.

Amerika belsejéből közöl a syphilisre vonatkozó adatokat E. Rothschild, a ki mintegy 13 évig tartózkodott Nicaraguában. Nicaraguában az ethnographiás viszonyok mostanáig még meg lehetőségen jellemzők, mert az ország igen elszigetelt, a világforgalomtól félreeső. A lakosok keveredése a legújabb időkig legnagyobb mértékben indiánus vérről történt. A szerző véleménye szerint bebizonyosodottak veendő Bloch vizsgálatai alapján, hogy a syphilis ősi fészke Középamerika. Kifejezést ad továbbá azon nézetének, hogy keveredés útján mennél több a nép között az indiánus vér, annál gyakoribb a syphilis, de annál könnyebb lefolyású is az, és fordítva. Észlelése szerint oly vidékeken, hol erősen előtérbe nyomul az indiánus faj, a syphilis szerfölött gyakori, csaknem általános betegség. A szerző 14 családi kórrajzot illetőleg kórtörténetet közöl, melyeket egynapi ambulanciás anyagából válogatás nélkül ragadott ki. A felvétel úgy történt, hogy a szerző a különböző bajokkal és panaszokkal jelentkező betegek családi adatait feljegyezte. A családtagokra vonatkozó adatokat azonban nagyrészt személyes észleletével egészítette ki. A 14 eset valamennyijében a syphilis vagy annak következményei ki voltak mutathatók. A syphilises infectio tehát úgyszólván általános a nép között. (Berliner klin. Wochenschrift, 1907. 30. sz.)

Guszmán.

## Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Angina pectoris eseteiben Weissbart jó eredménnyel használja a dyspnont, a mely 0.25 gramm theobrominum natriosalicyleumot, 0.1 gramm theobrominum natrioaceticumot és 0.1 gramm quebracho-kivonatot tartalmazó tablettákban van forgalomban. (Zentralbl. f. d. ges. Therapie, 1907. 4. füzet.)

Pertussis gyógyítására Bardet az euehinint ajánlja, mint a melyet, nem lévén keserű az íze, a gyermekek is szívesen vesznek. Egyidejűleg orthont is ad (25–30 csepp 3-szor naponként szörppel), mint a melynek antispasmusos és érzéstelenítő hatása van. Amat szerint a himlőoltásnak, főleg a revaccinationnak nagyon kedvező a hatása a számárhurutra. (Ref. Münchener medizinische Wochenschrift, 1907. 30. szám.)

Vérköpés ellen már többen ajánlották az amyl-nitrit-belegzést. Újabban Grace-Calvert említi kedvező tapasztalatait: eseteiben a vérzés úgyszólván tüstént megszűnt. Minthogy az amyl-nitrit nem okoz másodlagosan bővériséget, előnyben részesítendő például az adrenalinnal szemben, a melynek használata mellett az elsődleges anaemia után másodlagos hyperaemia támad. (The lancet, 1907 április 6.)

Diureticum gyanánt Breitenstein egy esetében, a melyben a használatos diureticumok és cardiacumok hatástalanok maradtak, kísérletet tett az equisetum arvensevel, mint a melyet valaha szélteben használtak húgyhajtó gyanánt. A beteg naponként 2-szer fogyasztott el 2 deciliter infusumot, azzal az eredménnyel, hogy a vizelet napi mennyisége 5 literre emelkedett s a vizenyők teljesen eltűntek. (Ref. La semaine médicale, 1907. 30. sz.)

## Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1907. 33. szám. Alexander Béla: Idegen testek x-sugaras képeiről. Dobrovits Mátyás: Lépfene-esetek Pozsonyban.

Orvosok lapja, 1907. 33. szám. Chudovszky Móricz: Sebészeti megbetegedések.

Budapesti orvosi újság, 1907. 33. szám. Máyer József: Csecsemőnél észlelt rendkívül magas hőfok.

## Vegyes hírek.

A budapesti önkéntes mentő-egyesület július hóban összesen 763 esetben nyújtott első segítséget. Ezenkívül 552 szállítást végzett, 75 esetben mint mozgóórszék szerepelt és 17 esetben vaklárma miatt vonult ki. A július havi működési főösszeg 1407.

Máramaros vármegye közpórházában — a mint azt Szilágyi István dr. igazgató-főorvos jelentésében olvassuk — 1906-ban összesen 2937 beteget (1512 férfi és 1425 nő) ápoltak, vagyis 147 beteggel többet, mint az előző évben. Egy napra átlag 204.21 beteg és egy betegre átlag

25.8 ápolási nap esett. A halálozási százalék 4.82 volt. A bujakóros esetek az összes eseteknek 27.5%-át tették. Műtetet összesen 546 esetben végeztek; a műtett betegek közül 8 halt meg.

Meghalt. E. Hitzig tanár, a hallei idegklinikai igazgatója, 69 éves korában.

Kisebb hírek külföldről. K. Peter tiszteletbeli tanárt Greifswald-ban rendkívüli tanárrá nevezték ki. — Cagliariában C. Biondi-t a törvényszéki orvostan rendes, O. Casagrandi-t pedig a kísérleti hygiene rendkívüli tanárává nevezték ki. — D. Kurajew a charkowi egyetemen az orvosi chemia, N. Wolkowitsch pedig a kiewi egyetemen a sebészet rendes tanára lett.

A VI. nemzetközi tuberculosis-conferentiát szeptember 19.-étől 21.-éig tartják Bécsben. Főtárgyai lesznek: 1. a gümőkóros fertőzés útjai; 2. a gümőkór kötelező bejelentése; 3. a sanatoriumok költségei.

A német urológiai társulat I. congressusát október 2.-ától 5.-éig tartja Bécsben. A tagok felvétele október 1.-én történik írásbeli bejelentés alapján három tag ajánlatára. Habernern J. Pál dr. egyetemi magántanár (Budapest, IV., Mária Valéria-utca 5) felkéri azon kártársakat, a kik a „Deutsche Gesellschaft für Urologie” tagjai sorába öhajtanak lépni, hogy ezen szándékukat vele mielőbb közöljék a felvétel kieszközölhetése céljából.

A IX. francia belorvostani congressust nem október 17.-étől 19.-éig, mint a hogyan eredetileg tervezve volt, hanem október 14.-étől 16.-áig tartják Párisban.

Molybdót nevet kapott egy új anyag, melyet Lancien, a roche-forti orvosi iskola hallgatója fedezett fel s a melynek ugyanolyan sajátságai vannak, mint a radiumbromidnak. Csakhogy a míg az utóbbi grammjának az ára 3000 korona, a molybdóté csak 20 korona.

A dohányfüst hatását a bakteriumokra vizsgálta Arnold, oly módon járva el, hogy különböző kórokozó bakteriumokkal (diphtheria, typhus, colibacillus, staphylococcus és streptococcus pyogenes) beoltott agarfelületeket a dohányfüst hatásának tett ki 5 percet. A kísérletek eredménye az volt, hogy a dohányfüst többé-kevésbé akadályozza a bakteriumok szaporodását; különösen a diphtheria-bacillusra és a streptococcus pyogenesre volt ártalmas hatású. A szerző szerint különben a széna elégetése útján nyert füstnek is hasonló a hatása.

A malaria okozta halálozás Olaszországban évről évre csökken, még pedig arányban a chinin használatával. 1900-ban 15,865 ember halt meg malariában, 1906-ban pedig már csak 4690. A chininfogyasztás, a mely 1902/3-ban 2242 kilogramm volt, 1906/7-ben 20,723 kilogrammra emelkedett.

Cholera. Oroszország több részében ütötte fel a fejét az elmúlt hetekben a cholera. Legnagyobb a veszély Samara városban, a hol az első eseteket július 17.-én észlelték s a hol augusztus 4.-éig 35-en betegedtek meg és 10-en haltak meg cholera-ban. Néhány eset a simbirski, kazáni és stawropoli kormányzóságban is előfordult.

Jelen számunkhoz a F. Hoffmann-La Roche & Cie. czég „Sirolin” című prospektusa van csatolva.

**Budapesti mechanikai Zander-gyógyintézet.** Igazgató tulajdonos: Dr. REICH MIKLÓS. Budapest, VIII., Múzeum-körút 2., összes physikai gyógytényezőikkel felszerelve. Főbb javallatok: Sérülések után visszamaradt mozgáskészlet. Idegbajok. Vérkeringési szervek bántalmai. Idült gyomorbéibajok. Gerinczefordulások. 2507

**Dr. Huber Alfréd Finsen- és Röntgen-intézet,** Budapest VIII., József-körút 26. sz., I. em. Gyógykezelés az eredeti Finsen-féle koncentrátorokkal, főleg lupus ellen. — Röntgentherapia. — Átvilágítás. — Röntgen-felvétel. — Mérsékelt árak. — Kívánatra bővebb értesítés.

**JUSTUS Dr. bőrbajosokat** gyógyító intézete. Budapest, IV., Károly-körút 14. Fürdők, sugaras gyógyítás, physikális gyógykezelések.

**Orvosi laboratórium:** Vezető: Dr. Vas Bernát, Poliklinika. (Szövetség-utca 14–16.) Telefon sz. 90–46.

**Elektromágneses intézet,** Budapest, VII., Dr. Grünwald-sanatorium. Főbb javallatok: neurasthenia, almatlanság, neuralgiák, ischias, szívneurosisok, ideges gyomorbéibántalmak, fejfájás, csúsz stb. Prospektus. Vezető orvos: Réh Béla dr.

**Orvosi laboratórium:** Dr. Mátrai Gábor v. egyetemi tanársegéd. Andrassy-út 50 (Oktogon-tér). Telefon 26–96.

**Dr. Grünwald sanatoriuma** Budapest, Városligeti fasor 13–15. Felvételtnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal. Gyógykezelés tetszés szerint bármely tanár által. 2552

**Budapesti Orvosi Laboratórium** IV., Koronaherceg-utca 18, I. em. Minden nemű ép és kóros váladék (ú. m. vizelet, köpet, vér, dajkatej, hányadék, ex- és transsudatum stb.) vegyi, górcsói és bakteriológiai vizsgálata. Klinikai diagnosztika. Tulajdonos: Arányi Gusztáv dr. karlsbadi gyakorló fürdőorvos (Sprudelstrasse, Goldener Helm). Április 20.-ától szeptember 20.-áig, vagyis fürdőorvosi működése alatt a Budapesti Orvosi Laboratóriumot helyettes szaktárs vezet. 2939

**ERDEY Dr.** Budapest, IX., Bakács-tér 10. 1415/3109 SANATORIUMA. Nőbetegek és szülők részére.



## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Tartalom. Közkórházi orvostársulat. (VIII. bemutató ülés 1907 május 22. én.) 614. l. — Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egyesület. Nagyváradi. (1907. évi január hó 4. én tartott szakülés.) 615. l. — Erdélyi Múzeum-Egyesület orvos-természettudományi szakosztálya. (VII. ülés 1907 március hó 16. án.) 617. l.

## Közkórházi orvostársulat.

(VIII. bemutató ülés 1907 május 22. én.)

Elnök: Medvei Béla. Jegyző: Török Béla.

(Vége.)

## A syphilis első nyilvánulása a jobb pofán.

Iványi Ernő: Tizedik éve, hogy Róna tanár osztályán különös figyelemmel kísérem az extragenitális infectiókat. 231 esetünk van, ezek között eddig öt, a mostanival hat olyan, a melyben az arezon észlelt sclerosis szerepel.

A 24 éves nőcselédet f. hó 14. én vették fel az osztályra általános papulás syphilidekkel, melyek három hét óta állanak fenn, míg a jobb pofán lévő sclerosis és a nyak jobb oldalán lévő diónyi mirigyek három hét óta állanak fenn. Antiluetice eddig még nem kezelték. Hogy az infectio hogyan történt, nem tudtuk kideríteni.

Azért tartottam fontosnak az eset bemutatását, mert az extragenitális esetek fel nem ismerve, súlyosabb tünetekkel kerülnek csak nagysokára szakszerű kezelés alá.

## Spasmusos spinalparalysis esete.

Salgó Jakab: A 31 éves munkás, ki néhány évvel ezelőtt ugyanilyen tünetek közt betegedett meg és a ki, miután a megelőző lueses infectio kétségtelen volt, antiluetice kezeltetett, a mire az állapota erősen javult, úgy hogy munkáját zavartalanul tovább folytathatta, körülbelül két hónap óta újból gyengülni érzi alsó végtagjait és ezért a mai napon felkereste a szent Margit-kórházat.

Az elég jól táplált, gyengébben fejlett egyéneken feltűnik mindenekelőtt a járása. A beteg csak botra támaszkodva és így is nehezen, csoszogva, kis léptekkel jár, lábai szinte a földhöz tapadnak, térdben sem hajlítja a lábait és ezenközben nemcsak az alsó végtagok izmai feszülnek meg, hanem az erőlködés még a felső végtagokban is mutatkozik; a járás bizonytalan és egészben azt a typust mutatja, a melyet Erb és Charcot spastico-paretikus járásnak nevez. Az alsó végtagok ezen paresise mellett hiányzik az izmok atrophiaja, sőt fektében az izmok elég erőt fejtenek ki. Hiányzik továbbá az érzésnek minden megzavarása, valamint hogy a betegnek sohasem voltak vizeleti vagy székelési nehézségei. Ellenben könnyen konstatalható az inreflexek általános nagy fokozottsága: a térdin gyenge megkopogtatása a lábszárnak nagy kilengését váltja ki, az Achilles in megkopogtatása clonusos görcsöt okoz, a láb passiv dorsalflexiójára tartós clonus áll be a lábban; a talp érintésére a nagy lábujjnak erős dorsalflexióját (Babinski-tünet) látjuk.

Az említett positiv és negativ tünetek együttevén az Erb és Charcot által behatóan tanulmányozott ú. n. paralysis spinalis spastica typusos kórképét alkotják, melynek sajátossága és önálló klinikai jellege kétségtelen és mely egy jellemző tünetcsoportnak megfelelő idegrendszerbeli bonczolástani elváltozásban találja az okát. Ez a kórbonczolástani alap az oldalsó kötegek, nevezetesen pedig a pyramispályák megbetegedése. Ezen pályák megbetegedése magmagyarázza a paresist, a reflexgátlás hiányából eredő inreflexfokozódást és az izmok hypertrophiáját. Mindaddig, a míg az elváltozás az elülső szarvak motorius sejtjeit nem érinti és csak az oldalkötegekre terjed, az izmok sorvadása nem áll be és vannak esetek, a mint már említettem, a melyekben az nem is történik soha; más esetekben a folyamat késői szakában áttérjed a motorius sejtekre és kibontakozik most már az izom-atrophiával az a kórkép, a melyet amyotrophiás lateralsclerosis-nak nevezünk.

A betegség a legtöbb esetben a 20—30 éves korban támad, ritkább esetekben látjuk gyermekekben is fejlődni. Oki összefüggése a luesel egyes esetekben kétségtelen. Más esetekben

családi jellege van a betegségnek. Különösen Strümpell vizsgálatai bizonyították, hogy a spasmusos spinalparalysisnek van egy határozottan átöröklésen alapuló alakja, mely esetekben egy család több tagjánál, több testvérénél keletkezik a kórkép. A betegség prognosisa igen kedvezőtlen.

## Strictura duodeni traumatica.

Genersich Antal: A 37 éves munkásnak első felvételekor három év óta volt gyomorbaja s hat hét óta evés után  $1\frac{1}{2}$  órára hányt. A hányadék sohasem volt véres. Fájdalmai nem voltak, de állandó székrekedésben szenvedett, megfogyott, gyenge volt, sokat ivott. Vizelete sok volt, fajsúlya 1002. Diabetes insipidus. A mellkasi szervek épek voltak. Az éhgyomor üres volt; a gyomor felfúvásakor a kis görbületet a köldöknél, a nagy görbületet a köldök alatt négy ujjnyira találták. Próbareggeli után 300 gm. savanyú gyomornedvet találtak (sósav 25, összaciditás 48). A gyomorműtét szóba jött, de a beteg távozott. 10 hónap múlva újból felvettette magát, ekkor hányt, gyomorgöresei voltak s folyton csuklott. Vizelete 3000 cm<sup>3</sup>, fajsúlya 1015, kevés fehérjét tartalmazott, üledékében sok vesehamot, szemecses és hámsejt-hengert találtak. Négy nap óta rendes a széke; a hő subnormalis. Nyugtalan volta miatt Hirschler tanár osztályára tették át. Ott eszméletlenül, nyugodtan hanyatt feküdt. Állandóan csuklott. A pupillák szűkek, fényre nem reagáltak, a patella-reflex hiányzott. A mellkas felett eltérés nem volt. A hasa besüpedt, vizeletét maga alá bocsátotta, hője 39°6-ra emelkedett s nemsokára meghalt. Diagnosis: nephritis interstitialis.

A bonczoláskor kitént, hogy a véglegesen lesoványodott, zsirtalan egyén bronchopneumoniában halt meg. Gyomorbaja és lesoványodása pedig a duodenum nagyfokú szűkületében találja magyarázatát. A nyombél 4·5 cm.-nyire a pylorus alatt plajbásznyira (20 mm. belkerület) megszükkült; a szűkület 15 mm. hosszú és 3 cm.-nyire az epeút beszájadása felett végződik. A pylorustól jobboldalt 9·3, baloldalt 1·0—1·5 cm.-re egy harántul ferdén lefelé futó, 33 mm. hosszú, 2—5 mm. széles, kissé behúzódtott, simán letetőzött heg halad el a bél elülső és jobb oldalán, melyen a nyálkahártya az izomréteggel szorosan egybeforrt s e helyen a bél megvastagodott savós hártyája kocsonyás, palaszürke foltot mutat, világos áttűnő középponttal.

E tájon a nyombél erősen jobbra van eltérítve, féldiónyi gürdélylyá öblösödött ki s szívós alszalagokkal az epehólyaghoz és a máj alsó felületéhez rögzített. A pylorus 8 cm. belkerületű, izmos. A gyomor üres, bélszerűleg összehúzódott, igen hosszú; kis görbület 27, a nagy 85 cm.-nyi. Belső kerülete az antrum pyloricumban 22·5 cm., a fundusban 28·5 cm.-nyi, nyálkahártyája vastag, dagályos redőkkel; izomzata túltengett, akár 3 mm.-nyi. A cardia 7 cm. kerületű. A bárzsing tág, vastagfalú, izmos. Hámja megvastagodott, helyenként felpállott, alsó harmadában itt-ott néhány hámval bevont, élénkörös folt és 0·5 cm.-re a cardia felett egy mandulamagnyi, rendetlen, fakósárgás diphtheriás folt van. A nyombél hegyének származása felől semmiféle kór-előzményi adat nem áll rendelkezésre, de a heg fekvése és iránya ellene szól annak, hogy emésztési fekély maradványa volna. Tekintve a gyomorgödörben, a bal parasternalis vonalban talált ezüstforintnyi régi bőrheget, feltehető, hogy a fekély valamely kívülről ható tompa erőszak, döfés, odaszorítás eredménye.

## Stenosis ostii arteriosi dextri. Aneurysma trunci arteriae pulmonalis.

Genersich Antal: A 25 éves zenész 1907 április 1.-én halt meg. A kórisme: Vitium cordis congenitum. Stenosis art. pulmonalis. Phthisis caseosa et ulcerosa c. cavernis in apice sinistra. Ulcus laryngis e perichondritide et ulc. tub. coeci et intestini crassi. Tuberculosis miliaris hepatitis et lienis intumescentis.



A szív középnagy, de kissé széles, csúcsát részben a jobb szív alkotja, a bal kamarának izomfala vékony és fűrészesen szétágazó és összefutó finom inhrók haladnak a sővénytől a laterális szemölcsizom tövében. A balszív billentyűi és a tricuspidalis vékonyak, épek, de a tüdőverőér félholdalakú billentyűi kissé megvastagodva részletekben egymással összenőttek, úgy hogy a nyílás töleszerűen megszűkült és belkerülete csak négy cm.-nyi. A conus arteriosus ép. A tüdőverőér törzse felfelé erősen kitágult s az oszlás helyén 9.5 cm. belkerületű, a domborulata kissé dudoros; belső felülete sima, de különösen az oszlás táján redős, ránczos, vékony, áttűnő. Főágai középtágak. Az aorta szája 6.6 cm.-nyi, a billentyűk felett 6 cm.-nyi, 3 cm.-rel feljebb 5.3 cm., az aneurysma eredése felett 4.7 cm. és az isthmus táján 3.8 cm. A ductus Botalli tömött köteggé vált, a fenestra ovalis zárt. A lehágó függőér belső felületén finom fehéres rajzolat látszik.

A szívűj tehát nem veleszületett, sem az első csecsemőkorból való, hanem szerzett és a táulat a pulmonalisszűkületen túl képződött, nyilván az utolsó időben a tüdő terjedelmes beszűrődése által okozott vékeringési akadály következtében.

A szívben az érrendszer általános hypoplasiája szerepet játszott. A pulmonalis-aneurysma csak némi jóakarattal mondható annak, de az tudvalevőleg valamennyi leirt esetben kicsiny volt, s a legnagyobb nem volt nagyobb tyúktojásnyinál. A tüdő terjedelmes gümös sajtos beszűrődése nyilván a tüdő vérszegénységének tulajdonítható, mint ezt Rokitsky óta tudjuk, holott a balszív bajaiban terjedelmesebb tüdőtuberculosis nem fejlődik ki, sőt a meglévő is meggyógyul. (Bier theoriája.)

**Hochhalt Károly:** A 18 éves cigányfiú tuberculosis volt. Érdekes volt a szíve: a pulmonalis fölött hosszú systolés fűvő zörög, a jobb szív excentrumosan tágult, a sternum bal szélén 1.5 cm. széles tompulat vonult a II. bordáig. Ez a körülmény congenitális szívűjra utalt. A tompulat ahhoz hasonlít, a melyet Gerhardt a duct. art. Botalli nyitvamaradásakor írt le. Azon az úton voltunk, hogy ugyanazon hibát kövessük el, mint Pal Bécsben, a ki in vivo mutatott be hasonló esetet, a Röntgen-vizsgálat és a boncoláslelet pedig meghazudtolta. Ezért röntgenezettük és ez megmutatta, hogy a sternum bal szélé melletti tompulat nem felelt meg sem értörzseknek, sem a Botalli-vezetéknek, hanem tüdőinfiltratum volt. És így elejtettük a diagnosist és a pulmonalis-stenosis mellett maradtunk. Hogy gümőkór fejlődik ilyen esetben, érthető, mert a tüdők nem láttatnak el kellő mennyiségben vérral és az anaemiás tüdő hálás talaj a gümöbaciillus megtelepedésére.

**Genersich Antal:** Az art. pulmonalis aneurysmája nem volt olyan nagy, hogy a tompulatot adhatta volna.

## Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természet-tudományi egylet Nagyváradon.

1907. évi január hó 4. én tartott szakülés.

1. **Fisch Áron dr.:** Appendicitis destructiva esete. Az appendicitisnek egy halálosan végződött, de igen tanulságos esetéről akarok referálni, s referálásom kapcsán az eset körbonczani készítményét bemutatni. Úgy a lefolyás, mint a halál után megejtett autopsia felette hasznos tanulságokat nyújtottak nekem és azon kartársaimnak, kik az esetet velem együtt végigéslélték.

T. J. 9 éves, addig egészséges fiúgyermek f. é. október 4. én reggel hirtelen beteg lesz, hascsikarással, hányással s állítólag rázóhideggel. Környezete azt híven, hogy egyszerű bélgöresben szenved, házi szerekkel kezelte, állapota azonban folyton rosszabbodván, másnap, azaz 5. én délután 3 órakor hozzám fordult.

Az akkor nagyjában felvett st. praesens következő volt: az erősen collabált beteg temperaturája 35.4, pulsus 160 körül, filiformis, a végtagok hidegek, kifejezett facies hypoeratica, erősen beesett szemekkel. Folyton csuklik, többször erősen hányt, a hányadék többször bélsárszagú. A has erősen meteoristikus, felette mindenütt dobos a kop. hang, már enyhe érintésre igen fájdalmas. Megbetegedése óta szelek és szék nem távoztak tőle. Az anamnestikai adatokból és a st. pr.-ből appendicitis destructiva kapcsán fellépett peritonitis universalis purulentát vettem fel s a legrosszabb prognosist állítottam a környezet elé. A szokásos stimuláló kezelés mellett opiumot rendeltem a betegnek; műtétet, tekintettel a valósággal moribund benyomásra, nem ajánlottam. Másnap reggel ugyanaz volt a status, a pulsus lehetőleg még

rosszabb, alig olvasható; aznap Konrád Béla dr. kartárs ajánlatára a közkórházba szállítattott, azonban a műtétől ott is a rendkívül rossz állapotra való tekintettel elállottak, e helyett az erős stimulálást folytatták. Másnap, azaz 7. én feltűnő javulás mutatkozott. A közérzet erősen javult, a sensorium tisztább, az arcz kifejezés valamivel compactabb, a pulsus 110, erőteljesebb, temp. 36.7. A csuklás erősen alábbhagyott, hányás 1—2-szer, a fejet legnagyobb részt megtartja. Széke nem volt. A has fájdalmassága csökkent, az ileo-coec. táj érintésre igen fájdalmas, ugyanott tenyéryn timer pulsat. Ilyen az állapot 10. éig, hányás alig mutatkozik, kevés szél megy, székrekedés állandó. Temp. mindig 36.5 körül, p. 90—110. Tizedikétől fogva kezdett a beteg gyengülni, sensoriuma fokozatosan zavartabb lett, pulsusa gyengült, areza erősen emaciált külmet nyert és 13. án hajnalban szívgyengeség tünetei közt meghalt.

A még aznap megejtett partiális sectio eredménye következő: has erősen elődomborodó, az összes belek egymás közt és a periton. pariet.-hez laza fibrin. álhártyákkal odatapadtak, a tapadási helyek leválasztásakor számos kisebb nagyobb, részint higabb, részint besűrűsödött zöldessárga genyet tartalmazó genygóc lesz láthatóvá. A genygócok közt több elérte a kis almalmeckoráságot. A jobb ileo-coecalis tájon mintegy másfél férfikölnyi, lazán tapadó falakkal bíró genyűr, benne nagymennyiségű sárgászöldes hig geny. Ezen genygócba volt ágyazva a coecum a proc. vermiformissal. A proc. vermiformis jókora hosszúságú, többszörösen görbült lefutású, végén mintegy lencsényi területen gangraenosusan szétesett, úgy hogy lumenje a genyűrral szabadon közlekedett. Közvetlen ezen szétesett vége mellett egy babnyi, kemény összeállású koprolith találtatott.

A kórlefoiyásból és az autopsiából megkonstruálhatjuk magunknak az egész kórfoiyamatot, még pedig következőképen: 4. én az addig teljesen egészséges fiúnál igen rosszindulatú appendicitis destructiva lépett fel, mely hamarosan peritonitis univers. purulentához vezetett. Másnap már ennek kifejezett klinikai képe volt jelen. Az ileo-coecalis tájon talált férfikölnyi tályog nézetem szerint a hasűrben termelődött geny lesűlyedéséből másodlagosan képződött. E mellett szól az anamnesis és a klinikai tünetek egymásutánja, másrészt gyakori eset az appendic. kapcsán fellépő peritonitis universalisnál az ilyen másodlagos tályogképződés. A peritonitis purulenta azután, nyilván a coccusok gyengébb virulentiája folytán, valósággal subacut karaktert öltött s ezen közben állott be a beteg közérzetének feltűnő javulása; végre azután kimerűlés útján állott be a halál.

Ime tehát 9 napig észleltünk egy peritonitis universalis fibrinoso-purulentát, mely csak az első két nap járt subnormális collapsus-temperaturával, míg később az egész lefoiyás alatt teljesen normális hőfok volt található. Megerősítése ez is azon, ma már általánosan elismert ténynek, hogy a klinikai tünetek súlyossága nem mindig áll arányban a kórbonczani elváltozások súlyosságával és fordítva. Igaz, hogy esetűnkben ez csak az egyik, de igen fontos klinikai tünetre, a lázra vonatkozik.

A másik epicriticus levonható tanúság, hogy az appendicitis kapcsán fellépett periton. univers.-nál, ha csak lehet, a műtét mielőbb végeztessék. Igaz ugyan, hogy esetűnkben kezdetben az igen rossz összbnyomás, kivált az igen gyatra filiformis pulsus contraindikálni látszott a műtétet, s a későbbi műtét, mint az autopsiából megállapítható, nem vezetett volna célra, mert a sok összenövés folytán betokolt számos genygócot feltárni és kiűriteni valósággal lehetetlen lett volna.

A bemutatott bélsárkö elég consistens; bélsárkövek a lobos féregnyűlványban elég gyakoriak: Mitchel 1400 esetben 315-ször talált bélsárkövet, Herczel is átlag minden ötödik appendicitis-esetben talált követ. Szerepük főleg praedisponáló, a mennyiben a féregnyűlványban váladékpangásra vezetnek, a nyálkahártyát horzsolván, az infectionak kaput nyitnak és végül nyomásuk által a nyálkahártyában keringési zavarokat hoznak létre.

2. **Fischer Imre dr.:** a) Appendicitis chron. operált esete, a kórbonczani készítmény bemutatásával. A 39 éves erőteljes férfibeteg körülbelül két év óta szenved időnként göresös alhasi fájdalmakban; széklete normális. Felvételtkor a jobb oldalon a Mac Burney-pont alatt kisalmányi tumor tapintható, mely felett tompa a kopogt. hang s mely járáskor és nyomásra fájdalmas. J. o. az



inguin. mirigyek duzzadtak. A beteg láztalan. Műtét 1906. december 5.-én chloroformnarcosisban.

Az erős összenövések felszabadítása után a meglehetősen hosszú, szög alakban megtört féregnyúlvány kiválasztva resekáltatott. Láztalan lefolyás, prima gyógyulás. A féregnyúlvány két helyen van lefűződve, a közepén kitágult, benne véres törmelék; nyálkahártyája duzzadt, helyenként fekélyes.

b) **Struma parenchymatosa** operált esete. A 17 éves ifjúnak már gyermekkor óta volt kiskökü golyvája, mely az utóbbi időben növekedett és légzési és nyelési nehézségeket okozott. Felvételekor a beteg nyakának mindkét oldalán egy-egy kiskökünyi golyva van. Műtét morphium-cocain-anaesthesiában, a jobb gland. thyreoid. kihámózása. Prima gyógyulás.

Konrád Béla dr. a második esethez akar hozzászólni. A strumaműtétek nagy halálozással járnak még Kochernél is, a ki pedig már a harmadik ezernél tart. Sok strumát kezelt thyreoid-tablettákkal, s minden beteget meggyógyult, néhány esete feljegyzéseit közli is. Szerette volna, ha Fischer részletesebben közölte volna a nyak méreteit, s ha az operatio előtt thy. tablettákkal kísérletezett volna. Megjegyzi, hogy csak az angol tabletták hatásosak. Hivatkozik még Mayer dr.-ra, mivel együtt észlelték a tabletták kitűnő hatását egy intézetben tömegesen fellépett strumaesetekben.

Barna Armin dr.: Szintén használja a thyreoid. tablettát, de legtöbb esetben kiújulást észlelt még angol tabletták mellett is.

Fisch Áron dr. szerint a thyreoid. tabletták igen sok esetben hagnak cserben, s általában nem váltották be a hozzájuk fűzött várakozást. A nyakméretek felvételekor pedig igen gyakori a tévedés.

Mayer László dr.: Esetei, melyek egy intézetben fordultak elő, nem struma, hanem heveny thyreoiditis-esetek voltak. Azóta is voltak ily intézeti esetei, s ezek syrup. ferri jodati, sőt jod-jodkali-kenőcsre is gyógyultak.

Fischer Imre dr.: A sebész nem annyira a nyak méreteire, mint inkább a subjectiv tünetekre helyezi a főszűrt. Műtét után nincs recidiva. Neki is voltak oly strumaesetei, melyek bármily kezelésre eltűntek.

Révész Vilmos dr.: Konrád dr. méretei nem nagyok, hiszen 42-es nyaka akárhány épnak embernek van. Nagy strumát tessék elmulasztani, akkor megadja magát.

Konrád Béla dr.: A méretekből mindig objectiv volt, s konstata, hogy a csökkenés az első napokban volt legnagyobb. A recidiva lehetősége megvan a műtét után is.

3. **Schwarz Illés dr.: Polymyositis** esete. Egy igen ritkán előforduló s különös kórképű megbetegedésről óhajtok beszámolni. Mielőtt azonban annak részleteibe hatolnék, előrebocsátom magát a kezdettől fogva észlelt esetet s annak teljes lefolyását.

A 72 éves nőt 1906 szeptember közepén láttam először, mikor igen heves baloldali hemieraniáról, étvágytalanságról, általános gyöngeségről, s a végtagokban, különösen pedig a felkarokban székelő tompa fájdalmakról panaszkodott. Beteg eddig sohasem volt. A beteget megvizsgálván, az akkori statust a következőkben adhatom:

A beteg magas termetű, jól táplált s korához képest feltűnő erős asszony benyomását teszi. A csontrendszere ép, semmi nemű alaki eltérést nem mutat. Bőre halvány, a bőr alatti zsírszövet kissé megszaporodott, az izomzat közepes térfogatú, feszes. Arc sápadt, szemek kissé becsütek; conjunctivák belőveltek, pupillák középtágak, jól reagálnak. A baloldali nervus supraorbitalisra, a n. infraorb. ra, a n. mandibularisra s a bal szemre gyakorolt nyomás igen heves fájdalmakat vált ki. Nyak részarányos, rajta struma, lüktetés vagy egyéb rendellenesség nem konstataható. Tüdők felett elszórtan csekély hurut. Szívtompulat normális, pulmonalis második hangja kissé ékelt. Hasi szervekben eltérés nincsen. A végtagok izmai nyomásra alig érzékenyek, az ízületek szabadok. Temperatura 36.6. A beteget ismételtén csak három hét múlva láttam, midőn egy egész más kórkép tárult fel előttem. Az addig fennjáró beteg ágyba került s szinte tűrhetetlen fájdalmak gyötörték, melyeket különösen a karok mozgatása váltott ki. A felkarok ekkor kissé duzzadtak voltak, úgy activ, mint passiv mozgatásra rendkívül érzékenyek. Az ízületek normálisak, nem fájdalmasak. Activ flexio s extensio korlátolt, passive könnyen kiváltható. Reflexek nem fokozódtak, a bőr érzési s tapintási sphaerája rendes. Pulsus kissé kemény, száma percenként 80. Axillaris pulsus jól kitapintható s érezhető. Temperatura 37.1. A szervezetben máshol elváltozás nem észlelhető. Két nap alatt mindkét felkar szimmetrikusan teriméjének kétszeresére megnövekedett. A duzzadt felkarok felett a bőr feszes, fénylő, de lobosodást nem mutat. A duzzanat mindenütt rugalmas tapintatú, az

ujjbenyomatokat nem tartja meg. A felkarok kerülete legnagyobb a bicepsek hasán, legkisebb közel a deltoideusok tapadási helyein s a könyökizületnél s így mindkét felkar orsó alakot mutat. A karok mozgatása a nagy fájdalmak miatt igen korlátozott. Ezen állapotnak egy heti fennállása után mindkét kéz hát oedemáson duzzadni kezdett, s ezen oedema az alkarokra is felterjedt s a felkarok infiltratiojával csak elmosódottan folyt össze, úgy hogy ez utóbbinak alsó határa — bár nem élesen — el volt különíthető. E szimmetrikus kórkép négy hétig csak annyi változást mutatott, hogy az alkarok oedemája, a napnak különböző szakai-ban is, hol csökkent, hol pedig fokozódott. Temperatura a hónalj-ban 37.1—37.4-ig, a végbélben 37.6—37.9-ig változott. A beteg csupán ujjait tudja mozgatni, az alkarokat pedig korlátozottan pronálni és supinálni. Flectálni és extendálni nem képes, passive e mozgások pedig csak korlátozottan válthatók ki. A fájdalmak állandóak s különösen éjjel igen hevesek. A vizeletben kissé megzavarodott phosphatokon kívül kóros alkatrészek nem találhatók. Próbapunctiót is csináltam úgy a fel-, mint az alkaron közönséges Pravaz fecskendővel, felszívni azonban nem sikerült semmit, ellenben a tü kihúzása után a szűrcsatornából a felkaron nyúlós mucinosus váladékot kaptam, az alkarból pedig tiszta savót.

November elején végre a makacsul fennálló bántalom engedni kezdett, a felkarok mindvégig rugalmas duzzanata puhult s lohadt, s ezzel párhuzamban az alkarok oedemája is szűnőben volt. E fokozatos javulás két hétig tartott, a fájdalmak is rohamosan engedtek, s az alkarokban úgy mozgathatóság, mind pedig kinézés tekintetében helyreállott a teljes restitutio. Ekkor azonban a betegnél salivatio lépett fel, majd pedig nyelési s rágási nehézség. Ennek látható okát nem sikerült kimutatnom, de feltételeztem, hogy ezen izmokban is a felkarok izmaihoz hasonló folyamat van készülőben. S feltevésemben nem is csalókoztam, a mennyiben pár nap alatt a nyelőizmok, a rágóizmok, főleg a masseter, a temporalis, majd pedig az arcizmok ugyanazt a rugalmas tapintatú infiltratiót mutatták, mint előbb a felkar izmai. Ezen infiltratio is pár hétig változatlanul tartotta magát, majd elmúltak a rágási s nyelési nehézségek is, s csupán csak az arc izmai nem nyerték még teljesen vissza előbbi állapotukat. Jelenleg a beteg fennjár, s csekély fejfájáson kívül egyéb panasz nincsen. Objective csupán az arcizmok csekély puffadása s az összes nyirokmirigyek kiskökü duzzanata s érzékenysége konstataható.

A mint e röviden vázolt kórképből látható, feltűnő első sorban a baj localisatioja, másodsorban annak szimmetrikus, egy időben való fellépése, gyors fejlődése s aránylag makacs elhúzódó volta. Midőn a teljesen kifejlődött kórkép előttem volt, el kellett mindennek előtt dönteni azt, hogy a felkarokban lokalizált, egy időben szimmetrikusan támadt bántalom helyi megbetegedés-e, avagy részletjelensége a szervezet más részében levő elváltozásnak.

Minhogy pedig sem az általános infectionak, sem a lobosodásnak valamelyes tünete nem volt jelen, közelfekvő volt a gondolat — a mint azt egyik consiliarius hitte is —, hogy a felkaroknak fent vázolt duzzanata circulationális zavaron alapszik, mely circulationális zavarnak székhelye a vér- vagy nyirokpályákban van. E feltevést azonban elfogadni nem tudtam, mert anatómiailag lehetetlen. Hisz hogyha valamely thrombus vagy tumor okozná keringési zavar alapján a karoknak e szimmetrikus, egy időben fellépő dagadását, akkor ez csak úgy képzelhető el, hogyha az akadály valamely főérben van. Ily főér pedig a karokat nem látja el, a menyiben az egyik oldalon az axillaris a subclaviából, a másik oldalon az anonymából ered. De ellene szól ily vérkeringési zavarnak a betegség fellépési módja is, mert az oedema legutoljára lépett fel a kézen, holott keringési zavar esetén a legtávolabb eső helyeken mutatkozik. Ugyancsak hasonló okokból nem képzelhető el a nyirokpályáknak sem ilyenű akadály. Gondolni lehetne esetleg még — ép a baj szimmetrikus volta miatt — az agyban vagy az idegpályákban székelő elváltozásra. De sem kiesési, sem egyéb ily tünetek nem voltak, de különben sem volna magyarázható az infiltratio. Nem maradt tehát más hátra, mint a megbetegedés helyén keresni a baj okát s közelebbi localisatióját. A bőr az igazán minimális oedemán kívül — mely consecutive volt a betegség hosszabb fennállása után — elváltozást nem



mutatott. A bőr alatti kötőszövet, az idegek vagy csontthártya esetleges lobos megbetegedése más tüneteket okozna. Maradnak tehát csupán az izmok, mint egyedüli székhelyei a kóros elváltozásoknak. S tényleg, az izmoknak, illetve egyes izomcsoportoknak ilyen tünetekkel járó megbetegedését újabban többen, különösen Wagner és Unverricht, írták le polymyositis néven. A betegség acut vagy chronikus módon lép fel magasabb lázakkal vagy pedig csekély hőemelkedésekkel — mint esetemben is — s az izomrostoknak valóságos lobosodásával jár. A lobosodásban részt vesz rendszeren az izomrostok között levő kötőszövet is. A folyamat egyes izomcsoportokat érint, mint betegemnél is történt, kinél a felkar, a nyak, nyelő- s rágóizmok vettek részt a megbetegedésben. Legsúlyosabbá válik a bántalom, ha a légzőizmokra terjed, midőn a következményes dyspnoë, bronchopneumoniák csak súlyosbítják az állapotot.

Az acut polymyositis lefolyik egy pár hét alatt, a chronikus hónapokon át is elhúzódhatik. A baj aetiologiája még nincsen tisztázva, a tapasztalat azt mutatja, hogy puerperális megbetegedések, erysipelatosus folyamatok után lép fel, vagy pedig mint önálló infectiosus bántalom. Esetemben ilyen aetiologiai momentumot kimutatni nem sikerült. Kétségtelen, hogy trigeminusneuralgia ment előre az izmoknak rheumatoid megbetegedésével.

A therapia természetesen tüneti volt. Végig mentem a salicylpraeparatumokon, a fájdalmakat pedig kis adag morphiummal coupiroztam. A karokat lehetőleg immobilizáltam. Később jodfürdőket használt a beteg, utóbb pedig jodkalit szedett.

### Erdélyi Múzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya.

(VII. ülés 1907 márczius hó 16.-án.)

Elnök: Purjesz Zsigmond. Jegyző: Konrádi Dániel.

1. Göth Lajos 6 hónap óta férjénél levő hermaphrodita esetét mutatja be B. G. Imréné szül. N. Katalin, 24 éves, ev. ref. földmivesasszony személyében. Menstruatioja sohasem volt, molimina sem, fél év óta van férjénél, a coitusok által sem férje, sem ő nincs kielégítve, s mivel ennek okát a hüvely rövid voltában véli megtalálni, felvéteti magát, hogy állapotán esetleg műtéttel segítsenek.

Vizsgálatkor feltűnt, hogy az egész test szikár, szegletes, az arcz férfias, a végtagokon erős izom-contourok, az állán, az ajkán felismerhetően rövidre nyírott szőrzet. Andromastia. Ádámcsutka nincs. Magas férfias jellegű medence, az alsó és felső végtagokon kifejezett szőrzet. Nőiesen fésült hosszú haj. A szemé remdomb alatt a clitoris helyének megfelelőleg 5 cm. hosszú, glans-szal, praeputiummal ellátott, át nem fűrt peniszerű képlet. A frenulum hosszú, éles lécz gyanánt húzódik hátrafelé, körülbelül 3 cm. hosszú rést (peniscrotalis fissura) zárva be, melynek hátulsó végében a húgycsőnek lencsényi külső nyílása látható, hátrafelé kis, csipkézett hymenre emlékeztető nyálkahártyalebenyekkel szegélyezve. Ezek az introitus vaginaeszerű nyílás hátulsó kerületére nem folytatódna.

Az utóbbi nyílás bőven nyjperczet befogadó, élénken vörös, vékony nyálkahártyához hasonló béléssel bíró, vakon végződő tasakba vezet. Kívülről a nemi szerveket két nagyajkszerű, petyhüdt, zsírpárnát alig mutató bőrreáncz határolja. Ezen redők elülső végeinek megfelelően egy-egy jókora galambtojásnyi, here benyomását tevő képlet tapintható, a baloldali mélyen az ajakba letolható, mire az utóbbi egészen scrotum jelleget nyer (demonstratio). A bemutató az illetőt férfinak tartja.

2. Kenyeres Balázs a Röntgen-képek magyarázásakor előforduló tévedéseket tárgyalja; ismerteti azokat az alakokat, a melyek alkalmasak arra, hogy törést tüntessenek fel ott, a hol a valóságban törés nincs. Vázolja azokat a szabályokat, a melyeket be kell tartani, hogy a valóságnak lehetőleg megfelelő árnyékképeket kapjunk és ismerteti a jól sikerült fényképek tulajdonságait. Végig menve a végtagok izületein, bemutatja azokat a fej-

lődési fokozatokat, rendellenességeket és járulékos csontokat, a melyek megtévesztésre vezethetnek és eseteket említ, a melyekben ilyen elváltozásokat félremagyarázva, csakugyan tévesen csonttörést vettek fel ott, a hol nem volt.

(1907 április 6.-án tartott VIII. szakülés)

Elnök: Turcsa János. Jegyző: Konrádi Dániel.

1. Veress Ferencz syphilis-eseteket mutat be, még pedig a) syphilis tertiaria papulosa nasi esetét 12 éves leánykán; b) szokatlan külsejű syphilomák esetét 50 éves nőn; c) részint bőrgummákban, részint ulcerosus és serpiginosus bőrsyphilisben szenvedő 45 éves férfit; d) gummata exulcerata, elephantiasis et periostitis syphilitica crurist 36 éves férfin; e) lues III; elephantiasis el gummata pedis, syphilis tuberoserpiginosa abdominis et crurist 53 éves férfin; f) tubero- et ulceroserpiginosus bőrsyphilidet 39 éves férfin.

Ez esetek legnagyobb része endemiás syphilis-eset, viselőik egyáltalában tudomással sem bírtak betegségük lényegéről, fertőződéskükről és annak idejéről, syphilisök orvos hiánya miatt teljesen magára hagyatva zajlott le szinte észrevétlenül. Erdély nagyrészt oláhlakta vidékeiről számtalan hasonló esetet észlelt a bőrgyógyászati klinikán. Szomorú ténynek jelzi, hogy a vidéki orvosok egy része néha még a legjellemzőbb syphiliseseteket sem ismeri, sőt a mi még jellemzőbb orvostársadalmunk egy részének hiányos venerologiai és dermatologiai képzettségére, azt is gyakran tapasztalhatni, hogy typusos lábszár gummákkal évekig tartózkodik valaki megyei közkórházban a nélkül, hogy fajlagos kezelést kapott volna. E bajok forrása az eddigi helytelen egyetemi oktatási rendszerben gyökerezik s csak úgy lehetne rajta segíteni, ha a dermatologia mint elsőrendű fontos és kötelező vizsgatárgy a többi klinikai disciplinával egyenlő elbánásban részesülne.

2. Veszprémi Dezső és Kanitz Henrik: Heveny sárga májsorvadás bujakóros egyénben. A 21 éves férfi 1906 májusban szerzett syphilist, mely ellen augusztus elején a szamosújvári kórházban kezelték. Október közepén testszerte szétszórt papulákkal és rupiaszerű varratokkal került a bőrgyógyászati kórodára. A beteg állapota nem engedte meg a fajlagos kezelést. November 6.-án icterus jelentkezett, a beteg lázas lett, a köztakaróján vérzések támadtak. 16.-án heves izgalmi tünetek az idegrendszer részéről, majd bódulat s 18. án halál. Boncsoláskor atrophía flava acuta hepatist találtak, melyet a syphilis toxinjainak hatására vezetnek vissza.

### PÁLYÁZATOK.

A budapesti poliklinikai egyesület kórházában f. évi szeptember hó 1.-én az orvosai és segédorvosi állás megüresedik. Mindkét állás két évre töltetik be; de két év múltán újabb két évre meghosszabbítható. Az orvosok készpénzfizetése az első évben 800, a második évtől kezdve 1000 korona; a segédorvosé pedig az első évben 600, a másodikától kezdve 800 korona. Ezenkívül mindkét orvos berendezett szobából álló lakást és teljes ellátást élvez. Csak orvosdoktorok pályázhatnak. Pályázati határidő: f. évi szeptember hó 1. A diplomamásolattal és szolgálati bizonyítványokkal felszerelt bélyegtelen kérvények a poliklinika igazgatóságához intézendők. 2-2

Orvosnak kitűnő magánorvosi állás kínálkozik biztos 6000 korona jövedelemmel, 3-4 uradalommal Sopronmegyében. Az állás azonnal betöltendő. Ugyanott gyönyörűen berendezett ház, 4 szoba, fürdőszobával bérbeadó, esetleg eladó.

A ház részben is bérbeadó.

Teljesen felszerelt rendelőszoba, orvosi műszerek és könyvek haláleset miatt átadók. Bővebbet Szűcs T. réz dohánytőzsdéjében, Budapest, VII., Thököly-út 26.

A Bihari Erdőipar és Mészégető r.-t. betegsegélyező pénztáránál lemondás miatt f. évi november hó 15.-én elfoglalandó orvosi állásra pályázat hirdetik. Az állás javadalmazása 3600 korona évi fizetés, lakás, fűtés és világítás. Okmányokkal kellően felszerelt pályázati kérvények legkésőbb november hó 1.-éig intézendők a betegsegélyező pénztár elnökségéhez Dobresten.

Az állás csakis nőtlen orvos által fog betölteni.

Bihari Erdőipar és Mészégető Részvénytársaság betegsegélyező pénztára.



2064/907. sz.

Lemondás folytán üresedésbe jött Kis-Küküllő vármegyében fekvő zsidnei községi orvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

1. Ezen községi orvosi állás havi előleges részletekben fizetendő 1000 korona törzsfizetéssel van javadalmazva s egyszersmind nyugdíj jogosultsággal is egybekötve.

2. Továbbá a község az orvosnak természetbeni szabad lakást és négy hosszú öl tüzfűt szolgáltat.

3. Köteles a községi orvos fennebbi fizetésért és javadalmazásért az összes községi lakosokat díjtalanul gyógykezelni, a halottkémlést teljesíteni és a hűvágást ellenőrizni.

Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtnak, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a és illetve az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a értelmében felszerelt kérvényeiket f. évi szeptember hó 5.-éig hozzám nyújtsák be.

A választás hatánapját később fogom megállapítani.

Hosszú aszó, 1907. évi augusztus hó 14.-én.

2-1

Fazakas Géza, h. főszolgabíró.

2036/907. sz.

A sztropkói járás mind a 65 községből álló körorvosi körben Sztropkó székhellyel üresedésbe jött körorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Az állást a szövetkezett községek évi 800 korona törzsfizetéssel és 200 korona úti átalánnyal javadalmazzák.

A körörvost ezenkívül a szabályrendeletileg megállapított látogatási díjak illetik.

Megjegyzem, hogy Sztropkón csak egy orvos van, hogy a helybeli izr. hitközség a körorvosnak önszántából természetbeni ingyen lakást ad és hogy a körorvosi állásoknak és fizetéseknek közel jövőben megtörténő rendezése esetén ezen körből a tervezet sze int 3 körorvosi kör fog alakítani az országszerte egységesen megállapítandó magasabb javadalmazással.

Felhívom a pályázni szándékozókat, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában, illetve az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában előírt képesítésüket és eddigi esetleges alkalmazásukat igazoló okmányokkal ke lldön felszerelt kérvényeiket hozzám f. évi szeptember hó 15. napjáig nyújtsák be.

A választást a pályázati kérvények beérkezése után fogom kitűzni és arról a pályázókat értesíteni.

Sztropkó, 1907. évi augusztus hó 16.-án.

A főszolgabíró.

2300/907. sz.

A nagykálói m. kir. állami elmegyógyintézetben a másodorvosi állás megüresedvén, ezen ideiglenes jellegű, 2 év időtartamra sz ló, évi 1200 korona

fizetéssel, 400 korona helyi pótlékkal, I. osztályú élelmezéssel, természetbeni lakás, fűtéssel és világítással díjazott másodorvosi állásra a nagymélt. m. kir. B. u. miniszternek f. évi augusztus hó 10.-én 95.253. sz. a. kelt magas rendelete folytán pályázatot hirdetek.

Felhívom azon orvostudor urakat, kik ezen állást elnyerni óhajtnak, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában körülírt minősítést igazoló okmányokkal felszerelt s a nagyméltóságú magyar kir. belügyminiszter úrhoz intézett folyamodványokat a nagykálói magy. kir. állami elmegyógyintézet igazgatóságához 1907. évi szeptember hó 14.-éig nyújtsák be.

Megjegyeztetik, hogy az esetben, ha a pályázat során okleveles orvos nem folyamodnék, az állás kivételesen és ideiglenes alkalmazásban szigorló orvos által is be fog tölteni.

Nagykáló, 1907. évi augusztus hó 17.-én.

Borosnyói L. Béla dr., igazgató.

A szekszárdi „Ferenéz“-közkórházban egy alorvosi állás megüresedvén, felhívom az arra pályázni óhajtok, hogy eddigi működéseiket igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványukat f. évi szeptember hó 1.-éig méltóságos gróf Apponyi Géza úrhoz, mint Tolna vármegye főispánjához czimezve, alulírott kórház igazgatóságánál nyújtsák be.

Az alorvos javadalmazása: 1200 korona évi fizetés, teljes ellátás, lakás a kórházban, fűtéssel és világítással. A kinevezés 3 évre történik s csak nőtlen orvostudorok és szigorló orvosok pályázhatnak.

Az itt töltött orvosi szolgálat a kötelező orvosi gyakorlatnak beszámítatik.

Szekszárd, 1907. évi augusztus hó 11.-én.

2-2

Tanárky Árpád dr., igazgató-főorvos.

6448/907. sz.

Losoncz rendezett tanácsu város tulajdonát képező és 60 ágyra felszerelt városi közkórháznál lemondás folytán megüresedett közkórházi alorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Felhívom mindazokat, a kik ezen 1000 korona évi fizetés, természetbeni lakás, fűtés, világítás és közkórházi élelmezés élvezetével egybekötött állást elnyerni óhajtnak, hogy szabályszerűen bélyegzett, a képesítést és eddigi működést igazoló okmányokkal ke lldön felszerelt pályázati kérvényeiket f. évi szeptember hó 15.-éig hivatalomhoz annyival inkább nyújtsák be, mivel az elkészen érkező pályázatok figyelembe nem vétetnek.

Losoncz, 1907. évi augusztus hó 3.-án.

3-3

A polgármester.

## HIRDETÉSEK.

 A Bór- és Lithion-tartalmú

## Salvator-forrás

kitűnő sikerrel használtatik

vesebajoknál, a húgyhólyag bántalmainál és köszvénynél, a czukorbetegségnél, az emésztési és lélegzési szervek hurutjainál.

### Húgyhajtó hatása!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Teljesen tiszta!

Kapható ásványvízkereskedésekben vagy a Szinye-Lipóczy Salvator-forrás Vállalatnál Budapest, V. Rudolfrakpart 8.

## Hyperaciditás

ellen gyomor-  
vizek „Rohitschi Styria-forrás“ minden  
előtt sikerrel rendelhető.

## „GUAJATIN JENCS“

Sulfo-Guajacol-készítmény, mely 100 részben 7% Kal. Sulf. Guaj. és 7-0.50% Extr. Thym. és Extr. Tiliae-t tartalmaz.

Tuberculosis összes eseteiben, Pertussisnél, valamint influenzás tüdőgyulladásoknál, nemkülönbben typhusos tüdőinfiltrationál.

Antithermikus hatása.

Gyermekek is rendkívül jól tűrik.

Ára 2 korona 50 fillér.

Készítője **JENCS VILMOS** gyógyszerész,  
Budapest, II., Fő-utca 27. szám.

## Kunnia-forrás

természetes, alkalikus, sós savanyúvíz.

Ezen gyógyvízben az uralkodó alkatrészek mennyisége (19-6794 gm. egy literben), aránya olyan, hogy mellette úgyszólván eltérőül a csoport többi kiváló vize. Konyhasótartalma (7 gm. egy literben) valamennyi vizét felülmúlja. Nagy előnye a vizeknek hygienikus tisztasága. Nagyon kellemes ízű és könnyen emészthető.

Főraktár: Edesutya L., Budapest. — Kútkelölőség: Brassó.

## Málnási Mária-forrás

A légzési szervek bántalmainál és emésztési zavaroknál páratlan hatású. Gyomorégést azonnal megszüntet.

Főraktár: **ÉDESKUTY L. BUDAPEST.**

Budapesti képviselő: 3698

**Nádas Márton.**

Kútkelölőség: Brassó.

„Bayer“ **CONTRATUSSIN** „Bayer“

Ajánlja az igen tisztelt orvos urak figyelmébe a

### VÖRÖS-KERESZT GYÓGYSZERTÁR

Budapest, VI., Andrásy-út 84.

Minden gyógyszerárban kapható.

Kívánatra próbaküldeményt kísérletezésre díjmentesen.

Szabadalmazva. Gyorsan ható puha salicylszappanok.

Dr. R. Reiss

## Rheumasan

tubus K. 2.50; tégly K. 1.50.

## Ester-Dermasan

tubus K. 3.—; tégly K. 1.80.

## Kátrány - Dermasan

Chrysarobin-Dermasan

Chrysarobin-kátrány-Dermasan

kis tubus K. 1.50; nagy tubus K. 3.—.

## Ester-Dermasan

## Vaginal-Kapsulák

10 darab K. 2.50.

Chemische Werke FRITZ FRIEDLAENDER, G. m. b. H., Berlin N. 24.

Képvisele Ausztria részére: Alex. Herkner, Wien, XVII/2. — Magyarország részére: dr. Rosenberg Sándor, Budapest.

Rheuma, esz, ischias, migrain, influenza, tylosis.	Szintén makacs esetekben, továbbá psoriasis, pityriasis ellen.	Idült eezemák, pityriasis, psoriasis, prurigo és scabies ellen.	Para-, peri-metritis, és minták ingyen.	Irodalom és minták ingyen.
--	--	---	---	----------------------------

## LASSNITZHÖHE

Graz mellett az államvasút mentén.

Gyógyintézet idegbeteg és belső bajokban szenvedők, továbbá lábbadozóknak. Remek fekvés, számos gyógyszerkészlet, mérsékelt árak, állandó orvosi felügyelet. A dependencia-okban nyári lakók is felvétetnek. Téli és nyári sport, mozgási játékok a szabadban, munkálkodás a kertben és a mezőgazdaságban. Felvilágosítás szívesen szolgál a kezelőseg. 2880

Daczára f. év január 17.-én történt tűzkárnak a rendes üzem fentartatik.



## Phosphatine Falières.

A gyermekek tápszere.



A **Phosphatine Falières** külön e célra szolgáló készülékben hevítés útján sterilizált és részben oldható lisztek keveréke, a melyekhez járul még a hozzájuk kevert cukor és a teljesen **sulphatmentes és tökéletesen assimilálódó calciumphosphat**, ízesítve egy kis mennyiségű (4-16%) cacao-val (vegyelemezve Páris város vegytani intézetében).

A **Phosphatine Falières** a fentiekből láthatólag tehát egy igen észszerű összeállítású tápszer, mely **rendkívül könnyen emészthető** és kiváló íze miatt a gyermekek csemegéje.

A **Phosphatine Falières** használata ajánlatos az elválasztás pillanatától az egész fejlődési koron keresztül.

A **Phosphatine Falières** a budapesti kórodák és kórházakban, valamint a legtöbb magyarországi kórházban hosszas kísérletek tárgyát képezte és az egybehangzó vélemény az, hogy a **Phosphatine Falières** egy kiváló és sokoldalúlag használható nagyon értékes tápszer.

== Egy félkilós doboz ára **3 korona 80 fillér.** ==

A magyarországi főraktár:

**ZOLTÁN BÉLA** gyógyszerertárban,

3931 BUDAPESTEN, V., Szabadság-tér, valamint a legtöbb gyógyszerertár- és drogeriában.

## DIGESTOL SEC. GLÜCK

(PULVIS DIGESTIVUS LAXANS)

a legtökéletesebb emésztő por.

Az emésztést elősegíti, a székletételt szabályozza.

Orvosi kitünőségek által melegen ajánlva.

Adagolás: 3-szor naponta 1/2—1 kávéskanállal, mindenkor étkezés után.

Ára egy doboznak **2 korona.**

## LIQUOR HYPNOBROMID.

A gyógyszer szerencsés összetételénél fogva (paraldehyd 6 gm., natrium bromatum 4 gm., strontium bromatum 2 gm., dionin 0.10 gm., codeinum phosphoricum 0.25 gm., aqua foeniculi 200 gm., syrupus citri et oleum rosarum qu. s.) tartalmazza a legkiválóbb csillapító szereket, de elkerülte mindazokat, a melyek a szívre kártékonyan hatnak. E mellett kitűnő ízű, a gyomrot nem rontja, a betegek szívesen veszik és semmiféle kártékony vagy kellemetlen mellékhatással nem bír. A gyógyszer adagja naponta 3 kávéskanálnyi, a mely adag fokozható 3 évőkanálíg. Ennél nagyobb adagra csak ritkán lesz szükség. A neurasthenia és hysteria súlyosabb eseteiben alkalmazható kiváló eredménnyel.

Csakis orvosi rendeletre adható ki.

Készítő:

**GLÜCK REZSŐ** gyógyszervegyészeti laboratoriuma  
„Fehér galamb” gyógyszerertár

Budapest, VI., Hungária-körút 93. Telefon 9-32.

Irodalom és minta a t. orvos urak rendelkezésére áll.

Kapható minden gyógyszerertárban.

# Mellin tápszer



világszerte elismert legkitűnőbb gyermektápszer, mely teljesen amyllummentes és teljesen pótolja az anyatejet.

**Csecsemők és lábbadozók egyaránt használhatják.**

Ő Felsége a német császár udvartartásában alkalmaztatott. Mintát és irodalmat kívánságra szétküld magyarországi vezérképviselősege:

**Dr. Egger Leo és Egger J. Nádor-gyógyszerertár**

Budapest, VI., Váci-körút 17. szám.



## RICHTER GEDEON

gyógyszerész, organotherapiai és vegyészeti laboratórium.  
BUDAPEST, IX., ÜLLŐI-UT 105.

**TONOGEN SUPRARENALÉ RICHTER** a mellékvese hatóanyaga, vérzéscsillapító, vérnyomást fokozó, szíverősítő, lobellenes hatású. Külsőleg, a szem-, orr-, torok-, gége-, nőgyógyászatban, a sebészetben. Belsőleg cardiacum és haemostaticum. 30 gm., 15 gm. és 5 gm.-os üvegekben.

**TONOCAIN RICHTER** steril phiolákban és 5 gm.-os üvegekben. A mindennapos sebészetben mint érzéstelenítő szer mellőzhetetlen.

**LECITHIN RICHTER** testsúlygyarapító, idegerősítő a neurasthenia, scrophulosis, rachitis souverain gyógyszere. 0.05 és 0.025 gm.-os tablettákban kerül forgalomba.

**BROMLECITHIN RICHTER** a kimerült idegrendszer bajainál jól bevált.

**LECITHINE GRANULÉE RICHTER** cacaoval kevert lecithin a gyermekgyógyászatban nélkülözhetetlen. Ideg-, izomerőt fokozza, a testsúlyt gyarapítja. 3665

A világ legjobb  
keserűvize.



Páratlan  
a maga nemében.

**Saxlehner András, Budapest**  
cs. és kir. udvari szállító.

## Hunyadi János

1372

természetes Keserűvíz.

Gyors, biztos és enyhe hatás. A leghatásosabb és legkellemesebb hashajtószer. Az orvosi világ által előszeretettel és több mint 1000 véleményezésben ajánlva.

A bevásárlásnál kéretik a palaczk czímkéjén a **Saxlehner András** nevet figyelembe venni.

## Budapesti Központi Tejcsarnok-Szövetkezet

VII., Rottenbiller-utca 31.

2751

Elismert kiváló minőségű palaczktejen, pasteurizált tejen és tejtermékeken kívül szállít

### Székely-féle gyermektejet

1 üveg 0.2 liter ..... ára 12 fillér.

1 " 0.1 " ..... " 8 "

A Székely-féle gyermektej a legjobb anyatej pótló tej csecsemők számára.

**Székely-féle diaetetikus tej** gyomor-betegeknek,

**Székely-féle diaetetikus tej** cukor-betegeknek.

120 fiók saját kezelésben.

Telefon 57-04.

# A legjobb 4

tápszer, melyet a jelenkor produkál, a:

**Perdynamin**

**Lecithin-Perdynamin**

**Perdynamin-Kakao**

**Lecitogen**

Javulatok: sápkór, vérszegénység, leukaemia, phthisis, reconvalescentia, idegbajok.

Szabadalomtulajdonos:

**H. Barkowski, Berlin D. 27, Alexanderstrasse 22.**

Képvisező: Ausztria-Magyarország részére:

**Mr. Camillo Raupenstrauch, kiérd. gyógyszerész,**  
Wien II/1, Castellezgasse 25.

Legnagyobb kitüntetésekkel.

Irodalom és minták Perdynaminból bármikor ingyen küldetnek. 3172



## C. REICHERT

WIEN, VIII., Bennogasse 24 és 26.

≡ BUDAPEST, VIII., Üllői-út 12. ≡

Különlegesség:

### Első minőségű Mikroszkopok.

Tudatja a következő katalogusok megjelenését:

25. számú főárjegyzék. Mikroszkopok, új ultra-mikroskopi segédkészülékek, Mikrotomok, Hőmérők, Ferrométerek stb. Polarisatio-készülékek a nád- és szőlőcukor quantitativ megállapítására. Vetődési készülékek. Mikro-fotografikus készülékek.

Új fényerős fotografiai készülékek: „Combinar“ és „Solar“.

Katalogusokat a t. cz. érdeklődők kívánatra ingyen és bérmentve kapnak.

Idegmegbetegedéseknél és neurastheniánál hat év óta legjobb eredménnyel használják a

## Syrupus Colae comp. „Hell“.

Új Kola-készítmény functionális idegbajok kezelésére. Kiváló hatása következtében ezen neurasthenia és kimerülés ellen kipróbált Kola-készítmény gyorsan megbonosodott és 100,000-nel több betegnél legjobban bevált.

A 80 nyomtatott összefoglaló értesítés tartalmazza a „Syrupus Colae comp. Hell“-ről megjelent fontosabb értekezéseket és 200 orvosi véleményt. Ezen értesítés valamint Dr. Berze József az alsó-ausztriai áll. elmegyógyintézet főorvosának legújabb dolgozata kívánatra bérmentve küldetik.

Diabeteses betegek számára a szörp helyett

### Pilulae Colae comp. Hell

minden szénhydrattól menten készítettnek.

Egy pilula egy kávéskanálnyi szörp hatékony alkotórészeit tartalmazza.

3270

Az eladás a gyógyszertárakban orvosi rendeletre történik. Árak: nagy üveg 4 kor., kis üveg 2 kor. 40 fillér. A pilulából egy üveg 50 drbbal 2 kor. 50 fillér.

Irodalom és minták kívánatra küldetnek.

Fabrik pharmaceutisch-chemischer Producte

**G. Hell & Comp.** in Troppau und Wien.